

***L'adaptation à l'expérience de
l'interruption de grossesse :
Une revue de littérature étoffée***

Travail de Bachelor

Par

Joëlle Rouiller

Promotion 2008-2011

Sous la direction de : Catherine Gasser

Haute Ecole de santé, Fribourg

Filière soins infirmiers

Le 4 juillet 2011

Résumé

Cette revue de littérature porte sur l'expérience de l'avortement et l'adaptation des femmes à cet événement. Le but est de permettre aux professionnels de la santé de mieux comprendre l'avortement afin de définir des axes de l'expérience qui puissent les aider dans la prise en charge des femmes qui avortent. Une revue de littérature a été choisie afin d'exposer les diverses réponses des femmes à l'interruption de grossesse et du questionnaire de départ : « *Quelles stratégies/interventions peuvent favoriser l'adaptation à l'avortement dans une prise en charge infirmière ?* »

Tout d'abord des recherches ont été menées dans divers ouvrages afin de poser la problématique de ce travail et de décrire les divers concepts qui sont en lien à l'interruption volontaire de grossesse.

Onze articles scientifiques ont été choisis pour la réalisation de ce travail. Les résultats ont été analysés et classés par thématique. Les résultats sont rediscutés et mis en lien avec les concepts choisis, ainsi qu'avec le modèle d'adaptation de Callista Roy. Cela permettra ensuite de formuler la réponse à la question de recherche.

Ensuite, les conséquences pour les soins infirmiers sont exposées ainsi que les besoins pour des recherches futures. Les points forts et points faibles de ce travail sont également présentés.

Pour terminer, l'auteur partage son point de vue par rapport à la réalisation de cette revue de littérature.

Remerciements

Je tiens à remercier Madame Catherine Gasser pour m'avoir suivi au cours de la rédaction de ce travail. Merci pour ses conseils, son soutien et sa disponibilité qui m'ont permis de réaliser cette revue de littérature.

Je tiens également à remercier ma maman, Lucienne Rouiller, pour avoir lu et relu mon travail avec patience et persévérance afin de le corriger, ainsi que Caroline Brodard qui m'a consacré de son temps, énormément encouragé et donner de précieux conseils. Je souhaite également ma reconnaissance pour le soutien et les encouragements de mon ami Lionel Meylan, ainsi que mes amies les plus proches.

Tables des matières

INTRODUCTION.....	5
1 PROBLÉMATIQUE.....	6
1.1 QUESTION	9
1.2 OBJECTIFS	10
2 CADRES CONCEPTUELS.....	11
2.1 L'ADAPTATION	11
2.2 LE CONCEPT DE SOI	13
2.3 LE MODÈLE DE L'ADAPTATION DE CALLISTA ROY	14
3 MÉTHODE.....	18
3.1 CRITÈRES D'INCLUSION.....	18
3.2 CRITÈRES D'EXCLUSION	19
3.3 RÉSULTATS DES STRATÉGIES DE RECHERCHES.....	19
4 RÉSULTATS.....	21
4.1 MÉTHODOLOGIE DES RECHERCHES	21
4.2 LA PRISE DE DÉCISION.....	23
4.2.1 <i>Ambivalence</i>	25
4.2.2 <i>Découverte de la fertilité</i>	26
4.3 L'EXPÉRIENCE DE L'AVORTEMENT	26
4.3.1 <i>Impact de l'avortement</i>	27
4.3.2 <i>Intégration de cet événement</i>	29
4.3.3 <i>L'enfant avorté</i>	32
4.3.4 <i>Facteurs sociaux/situationnels</i>	33
4.3.5 <i>Aspects relationnels</i>	34
5 DISCUSSION.....	36
5.1 DISCUSSION DES RÉSULTATS ET MISE EN LIEN AVEC LE MODÈLE	36
5.2 RÉPONSE À LA QUESTION DE RECHERCHE	52
6 CONCLUSION.....	54
6.1 CONSÉQUENCES POUR LES SOINS INFIRMIERS	54
6.2 BESOINS DE RECHERCHES FUTURES	55
6.3 POINTS FORTS ET POINTS FAIBLES DE CE TRAVAIL.....	56
6.4 LE MOT DE L'AUTEUR.....	56
7 BIBLIOGRAPHIE.....	58
7.1 OUVRAGES.....	58
7.2 ARTICLES.....	58
7.3 PAGES INTERNET	60
8 ANNEXES.....	61
8.1 DÉCLARATION D'AUTHENTICITÉ.....	61
8.2 SCHÉMA DE L'ADAPTATION HUMAINE.....	62
8.3 GRILLES D'ANALYSE DES RECHERCHES	63

Introduction

Je me suis tout d'abord intéressée à la thématique de l'avortement suite à l'expérience de suivis d'IVG lors de ma pratique. Je me suis demandée lors de ce suivi, ce qu'on savait vraiment sur l'avortement. C'est un sujet dont on entend peu parler, pourtant 27 millions de femmes avortent par année dans le monde. J'ai imaginé qu'un tel événement pouvait être marquant dans la vie d'une femme. Le fait que l'avortement se fasse dans la majorité des cas, en ambulatoire m'interpellait. Je me demandais ce que pouvaient ressentir ces femmes en rentrant chez elle. Mon intérêt s'est alors porté sur ce que pouvaient vivre les femmes quand elles avortaient. Je me suis demandée lors de cette expérience, ce que cela voulait dire avorter dans la vie d'une femme. Ce que cela pouvait représenter et comment les femmes intégraient cet événement dans leur vie. Ce sont ces raisons qui m'ont poussé à vouloir en savoir davantage.

Il me paraît important que les infirmières connaissent mieux l'expérience de l'avortement. Je pense qu'il est intéressant de pouvoir identifier les différentes émotions et type d'expériences qu'impliquent l'avortement. Qu'est-ce que les infirmières pourraient apporter dans l'accompagnement des femmes qui avortent.

Ce travail porte sur les interventions infirmières et l'expérience de l'avortement permettant d'accompagner au mieux les femmes dans l'adaptation à cet événement de vie. La problématique sera expliquée. Les différents concepts liés à la problématique seront développés. Le cadre de référence sera décrit. La question de recherche ainsi que les objectifs de la recherche seront présentés. Une partie de ce travail exposera la méthodologie utilisée. Les résultats des études sélectionnées seront classés par thématique. Un chapitre contiendra la discussion, la synthèse des résultats sera mise en lien avec les concepts et modèle choisis. Pour terminer, la conclusion portera sur les éventuelles perspectives et besoins pour les soins. Les points forts et faibles de ce travail ainsi que le mot de l'auteur.

1 Problématique

L'IVG (avortement volontaire de grossesse) se pratique par voie médicamenteuse ou chirurgicale dans le cas où une femme est enceinte mais qui ne désire pas cette grossesse. Il est estimé à 27 millions d'IVG légales dans le monde et, à 19 millions le nombre d'IVG illégales dans les années 2000 (OMS, 2004). En Suisse, le taux d'IVG légal est de 6.9 pour 1000 femmes en 2008, le taux d'avortements en Suisse a nettement diminué. En effet, dans les années 1970 le taux se situait à 12 pour 1000 femmes (office fédéral de la statistique, 2009). En Suisse, une femme sur 5 ou 6, aura recouru à l'IVG une fois dans sa vie. Dans le monde le taux moyen est de 29 pour 1'000 femmes. (USPDA¹, 2009)

Les femmes en Suisse peuvent avoir recouru à l'avortement durant le premier trimestre de leur grossesse c'est-à-dire pendant les 12 semaines qui suivent le début de leurs dernières règles. Selon l'article 119 du code pénal depuis 2002 grâce au régime du délai (gmfer², 2002). Dans le monde, la plupart des pays d'Europe et d'Amérique du Nord acceptent l'avortement et il y a une libéralisation des lois ; mais il existe malgré tout encore beaucoup de pays qui restent très restrictifs concernant l'avortement. Malheureusement, cela engendre des avortements clandestins et selon l'estimation de l'OMS il y a 70'000 femmes qui meurent chaque année des complications d'IVG clandestines.

La procédure en cas d'IVG dans le canton de Fribourg demande qu'il y ait une demande écrite de la patiente qui s'adresse à son médecin gynécologue. Le gynécologue remplit un formulaire et procède alors par un entretien afin de l'informer des éventuels risques dus à l'intervention. Il lui remet un dossier d'informations. Pour les jeunes femmes de moins de 16 ans, le gynécologue doit s'assurer qu'un entretien préalable avec un conseiller de service de planning familial a été effectué. L'intervention se passe en milieu hospitalier soit par aspiration, soit par prise médicamenteuse. L'assurance maladie de base prend en charge les frais liés à l'IVG (guide social romand, 2009).

¹ Union suisse pour décriminaliser l'avortement

² Fondation genevoise pour la formation et la recherche médicale

Lors de mon expérience pratique, j'ai eu à plusieurs reprises des situations d'avortement. Toutes ces situations étaient des IVG médicamenteuses. Les femmes entraient le matin, se présentaient à l'accueil de l'hôpital. Ensuite, nous les accompagnons en chambre et leur donnons des informations concernant la journée. Par la suite, elles recevaient un comprimé de Cytotec®. Ce médicament est utilisé dans les traitements des ulcères gastriques et duodénaux mais il s'utilise également en gynécologie pour les IVG, car il déclenche des contractions utérines qui provoquent des saignements et ainsi l'avortement. Ces contractions utérines occasionnent des douleurs et les patientes peuvent recevoir des comprimés de paracétamol au besoin. Au cours de la journée, nous passons chez les femmes, voir si elles ont des besoins et prendre les signes vitaux. Nous surveillons les saignements et lorsque nous pensons que l'expulsion complète s'est faite, nous appelons le gynécologue qui vérifie le contenu des saignements. Les femmes peuvent s'en aller lorsque le médecin le permettait. Lors de ces situations, j'ai eu parfois l'impression que femmes étaient peu suivies. Elles entraient le matin et passaient la journée dans leur chambre. Mon questionnement lors de ces prises en charge était : la suffisance du suivi.

La demande d'avortement est le résultat d'une grossesse involontaire, qui est suivi par un refus de poursuivre la grossesse et d'avoir un enfant à ce moment là. Le fait de désirer un enfant est un choix qui est influencé par des normes sociales et économiques telles que les aspects matériel, la situation financière, les études qui sont en faveur de l'avortement. Il se cache derrière ce choix des modèles sociaux, tels que trop jeune ou trop âgée, qui concerne le moment approprié pour avoir un enfant. Nous pouvons alors parler d'un modèle idéal de maternité qui fonctionne comme une norme sociale et un système qui régule les naissances. Derrière le fait d'avorter, se cache un désir enfoui de maternité (Tamian-Kunégel, 1997).

Dans la prise en charge des IVG en suisse, la plupart des femmes viennent en ambulatoire. En suisse le recourt à la mifégyne est le plus courant, 57% des IVG en 2008 sont faites par mifégyne soit en ambulatoire, ceci grâce au dépistage précoce de la grossesse à moins de sept semaines (USPDA, Ibid). La plupart des prises en charge des IVG se font en ambulatoire. Les femmes quittent donc le service gynécologique après l'expulsion et dès que le médecin donne son autorisation de départ.

Les femmes restent donc très peu dans le service et se retrouve livrées à elle-même le jour même de l'IVG. Que se passe-t-il ensuite pour ces femmes ? Quel soutien ? Certaines études parlent de syndrome post-avortement ? Existe-t-il vraiment ? Quelles sont ces manifestations ? D'autres affirment que ce syndrome n'existe pas et qu'il a été créé aux Etats-Unis par le mouvement contre l'avortement. (USPDA, Ibid). Une recherche s'est penchée sur la question du syndrome post-avortement. Son objectif était donc d'identifier et d'illustrer les problèmes méthodologiques dans les recherches qui prétendent qu'il y a des risques de syndrome post-avortement, ou une maladie psychologique après un avortement. Les études récentes qui affirment qu'il y a des troubles post-avortement ont des problèmes méthodologiques. La plupart des maladies mentales après IVG restent des maladies préexistantes (Robinson, 2009). Une autre étude qui se penche aussi sur la qualité des recherches effectuées concernant les éventuelles troubles psychologiques, démontre que la recherche de meilleure qualité ne soutient pas l'hypothèse que l'avortement mène à des problèmes de santé mentale (Charles, 2008). Une autre étude considère plusieurs facteurs tels que la personnalité, la détresse psychologique, les problèmes émotionnels. Les caractéristiques cliniques et sociodémographiques des femmes qui ont demandé un avortement sont comparées avec une détresse psychologique trois mois après l'avortement. Celle-ci démontre aussi que l'état émotionnel d'une femme après une IVG est fortement influencé par son état émotif avant l'avortement (Rizzardo, 1994).

Alors qu'en est il de l'expérience de l'avortement ? Après une IVG, il semble que les femmes ressentent un soulagement, cela correspond aux personnes dont la motivation n'était pas trop ambivalente. Souvent pour les femmes très jeunes qui envisagent d'autres enfants et pour qui l'IVG n'est pas perçu comme un échec. Pour d'autres, le vécu est beaucoup plus douloureux, elles ressentent de la culpabilité, des regrets, épuisement physique, état dépressif succédant à l'IVG. Le deuil est difficile. Ceci se présente chez les femmes où il y avait plus d'ambiguïté au départ (Tamian-Kunégel, I., Ibid).

L'IVG est un acte dans la vie d'une femme. Les enquêtes et l'expérience clinique démontrent l'absence de caractère traumatique des IVG si elles sont pratiquées dans la sécurité. Pour la plupart, le souvenir de l'IVG travaille en profondeur et peut ressortir dans un délai parfois important après l'acte. On pourrait penser que beaucoup d'IVG

rentre dans l'oubli mais les souvenirs sommeillent. Beaucoup d'événements de vie tels qu'un deuil, une perte ou bien d'autres événements de la vie courante suscitent le besoin de s'interroger sur l'origine de ce qui survient. Cela entraîne le réveil de la mémoire et l'avortement revient en quête de son sens (Ghédighian-Courier, J-J., 2000). Le sentiment de soulagement est souvent présent chez les femmes qui ont avorté, en même temps que la tristesse et la culpabilité.

La culpabilité n'est pas rare après une IVG. En effet, il est rare que le remord ne surgisse pas faire de morsures au cœur. La culpabilité peut être un frein à l'élaboration du deuil. Il arrive que se greffe à la culpabilité, la honte. « La honte naît des regards des autres, quand la culpabilité est le fruit de son propre regard sur soi » (Clerget, S., 2007). Concernant la tristesse, elle n'est pas forcément présente. Dans les IVG, les souvenirs les plus tristes sont, le moment de la prise de décision et l'intervention. La tristesse établit une relation avec le fœtus, cette relation est nostalgique de l'enfant avorté. Le processus de deuil n'est pas forcément vécu par les femmes. Le deuil est un processus d'adaptation qui mène à l'acceptation de la perte, mais accepter ne signifie pas forcément oublier. L'IVG peut être un événement de vie qui change une existence et pousse certaines femmes à une remise en question de ses choix de vie.

Différents éléments de l'expérience des femmes de l'avortement ont été exposés. Cette expérience est malgré tout encore mal connue et souvent les femmes parlent peu de leur avortement. De plus, la plupart des avortements sont souvent en ambulatoire et il paraît d'autant plus important, que la prise en charge soit adaptée. Il est également important de mieux connaître l'expérience de l'avortement dans la vie des femmes et de pouvoir à partir de ces expériences, explorer les facteurs qui influencent l'adaptation à l'avortement. La recherche d'écrits scientifiques sur le sujet de l'expérience de l'avortement est importante afin de mieux comprendre cette expérience, de pouvoir ainsi adapter la prise en charge selon les axes de l'expérience. Mettre en place des interventions/stratégies afin que les femmes puissent au mieux s'adapter à cet événement de vie.

1.1 Question

D'après les écrits et les explications de la littérature en lien à l'expérience de l'avortement qui sont exposé à ce sujet, il est intéressant d'approfondir cette expérience

à travers diverses recherches scientifiques et de pouvoir mettre en place des stratégies et interventions. Alors la question de recherche se présente ainsi :

« Quelles stratégies/interventions peuvent favoriser l'adaptation à l'avortement dans une prise en charge infirmière ? »

1.2 Objectifs

Les objectifs de cette revue de littérature sont d'exposer l'expérience de l'avortement, et de pouvoir mieux la comprendre et de pouvoir ainsi décrire des axes de l'expérience afin de mettre en place des stratégies/interventions infirmières adéquates.

Cela pourra aussi permettre de rendre attentif les professionnels, sur l'importance de l'expérience de l'avortement et d'identifier les facteurs pouvant influencer une bonne ou mauvaise adaptation à cet événement de vie. D'après ces axes d'expérience, des pistes d'actions pourront être proposées pour les soignants.

2 Cadres conceptuels

2.1 L'adaptation

Lors de la lecture des ouvrages ainsi que des recherches, l'adaptation est un processus qui paraît être le point central de l'expérience de l'avortement. En effet, l'avortement est un événement de vie et la manière dont les femmes vont percevoir cet événement va amener à une adaptation. De plus, l'adaptation est un concept intéressant dans les soins par le fait que toute personne doit pouvoir s'adapter à sa situation ou à un événement. Tout être humain se distingue avec ses caractéristiques physiques, psychologiques et sociales. Il vient au monde avec un bagage héréditaire et se développe dans un tel milieu, à une telle époque. Chaque individu cherche à s'adapter, tout au long de sa vie. L'adaptation humaine est toujours à la fois psychologique et sociale, parce qu'elle fait appel à différentes composantes : individuelles et environnementales. Il résulte une sorte de complémentarité, d'équilibre dynamique, lors de l'interaction de toutes ces composantes (Tremblay, 1996).

Les composantes de l'adaptation humaine sont constituées en deux groupes comprenant, celles reliées à l'individu et celles reliées à l'environnement. Un schéma qui montre les composantes de l'adaptation humaine se trouve en annexe 2.

Le groupe des composantes reliées à l'individu :

« *Hérédité* : transmission des caractères spécifiques, raciaux et individuels d'un être vivant à ses descendants.

Histoire personnelle : faite de toutes les décisions passées prises par les autres ou par la personne elle-même, avantageuses ou désavantageuses, qui font partie de cette personne et qui pèsent sur ses actions et ses décisions actuelles ou futures.

Marge de liberté : fait référence tant à la liberté intérieure qu'à la liberté extérieure. C'est la liberté liée au contexte pratique d'action et de décision. Ainsi, la marge de liberté se rapporte aux actes libres et aux actes moins libres, aux choix conscients et inconscients, aux actes volontaires et involontaires.

Le groupe des composantes reliées à l'environnement :

Conditions naturelles : englobent tout ce qui existe en dehors de l'être humain. Cela comprend le monde inanimé, la matière inerte et les phénomènes cosmiques. A cela s'ajoutent les être vivants du règne animal et du règne végétal de même que les éléments naturels modifiés par l'action humaine.

Conditions macrosociales : rapportent aux phénomènes sociaux. La société est un système qui ordonne et régularise les relations sociales. Les conditions macrosociales sont la culture, les valeurs, les principes, les droits, les institutions, les lois, les coutumes, les normes de comportement reconnus dans la société afin d'assurer la cohésion sociale.

Conditions microsociales : se rapportent à l'interaction des personnes dans les groupes restreints. C'est l'entourage immédiat d'une personne à différentes étapes de sa vie, les groupes d'appartenance dans lesquels existent une proximité physique, un contact direct. » (Tremblay, Ibid., p. 20).

Les différentes bases de définition de l'adaptation sont la psychologie et la sociologie, en effet, ils sont inséparables. La vie comporte des frustrations inévitables, toute conduite demande un effort d'adaptation. L'adaptation psychosociale peut se définir comme un équilibre entre le bien-être interne et le bien-être externe. Cette recherche d'équilibre se retrouve dans toutes les périodes et les expériences de la vie (Tremblay, Ibid.).

Concernant l'adaptation interne, si la conduite humaine peut permettre de dépasser des conflits internes ou d'éliminer certaines frustrations, on peut dire que la personne est adaptée à sa réalité interne (aspect psychologique) et qu'elle est en harmonie avec elle-même et vit un certain bien-être.

Pour l'adaptation externe, si la conduite humaine permet d'éliminer des frustrations qui favorisent la réalisation des attentes microsociales ou macrosociales, nous pouvons dire qu'il y a une adaptation à la réalité externe (aspect social), la personne éprouve un certain bien-être à satisfaire aux exigences externes, à respecter les normes de comportement et à ne pas enfreindre les lois implicites ou explicites.

En effet, l'environnement social impose directement ou indirectement des exigences et des normes qui demandent un minimum de conformité et qui sont nécessaires à la vie en groupe ou en société.

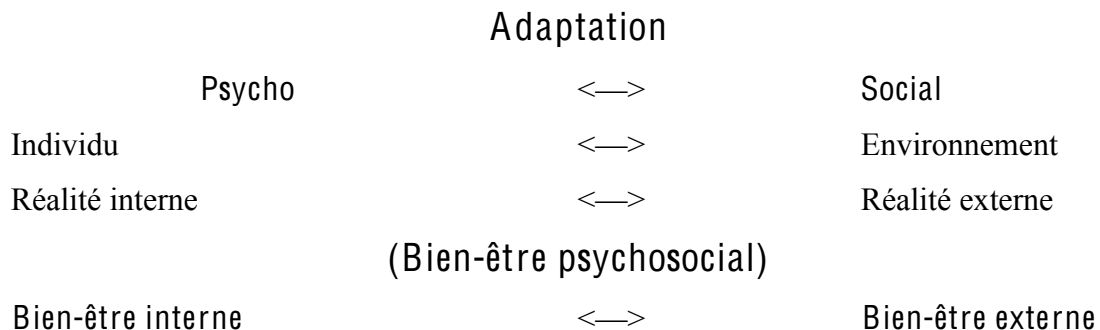


Figure 1 Adaptation psychosociale (Tremblay, 1996, p. 43)

« L'adaptation humaine est un processus dynamique qui implique la recherche d'un meilleur équilibre entre un bien-être individuel et un bien-être collectif. » (Tremblay, Ibid., p. 63).

2.2 Le concept de soi

Le regard que peuvent porter les femmes sur elle-même à travers leur expérience est en lien avec le concept de soi et de quelle manière elles imaginent le regard que portent les autres, leur famille ou la société. Le concept de soi fait aussi partie d'un concept important dans l'adaptation.

« Le soi n'est pas une entité fixe : il dépend de la situation » (Fiske, 2008, p.223)

Le concept de soi peut avoir une définition conceptuelle et il y a plusieurs niveaux conceptuels de ce concept. Il y a le soi corporel, le soi intérieur, le soi interpersonnel ou social et le soi sociétal.

Le soi corporel : en rapport au physique (corps, doigts,...), les possessions (vêtements, appartement,...)

Le soi intérieur : constitue les attitudes, les capacités, les intérêts et les émotions.

Le soi interpersonnel ou social : inclus l'ensemble des rôles potentiels de l'individu. Les âges, les rôles de la famille, plan de carrière, études, intérêts, les valeurs et attitudes.

Le soi sociétal : représente les identités sociales définies au niveau de la collectivité ou de la culture. L'appartenance ethnique, le genre, l'âge, la religion, tout cela contribue à l'identité (Fiske, 2008).

Il y a donc une définition conceptuelle du concept de soi mais aussi une définition opérationnelle, celle-ci permet de mesurer réellement le soi. Elle est partagée en trois aspects qui sont cognition-émotion-comportement et se partage donc entre :

- soi et cognition (concept de soi) : est la représentation cognitive du soi. Il est focalisé sur les connaissances et les croyances que les personnes ont sur eux-mêmes.
- soi et émotion (estime de soi) : il y a deux types de d'estime de soi ; l'estime de soi dispositionnelle (une disposition stable de la personnalité) et l'estime de soi d'état (un regard éphémère sur soi-même).
- soi et comportement (présentation de soi) : comment les personnes essaient d'exprimer aux autres, certaines identités ou images. Vise à maintenir et sauver la face au sens social. C'est une façade positive que l'on montre au public.

Les individus acquièrent leur concept de soi par l'autoperception, l'introspection, la comparaison sociale et les évaluations perçues. Ainsi ils observent leurs sensations, pensées et comportements. Ils se comparent aux autres et devinent comment les autres les voient. Les raisons de ces processus sont surtout la valorisation de soi et la compréhension de soi. (Fiske, Ibid.).

- La vérification de soi

Est le fait d'obtenir des autres qu'ils vous voient de la façon dont vous vous percevez vous-même : il s'agit de les amener à concevoir les choses comme vous. « Ce processus facilite les relations sociales et réduit les conflits dans les interactions, et sert donc aux besoins de survie sociale. (...) Cela sert la motivation sociale de base de compréhension, car les vues socialement partagées affermissent le concept de soi. » (Fiske, Ibid., p. 235).

- La valorisation de soi

Est le fait que les individus paraissent œuvrer à leur valorisation de soi dans le sens qu'ils désirent se voir eux-mêmes et que les autres les voient sous un éclairage positif. « La valorisation de soi encourage donc l'appartenance sociale, dans la mesure où des sensations positives à propos de soi-même encouragent les rapports sociaux. » (Fiske, Ibid., p. 235).

2.3 Le modèle de l'adaptation de Callista Roy

Callista Roy a développé ce modèle infirmier en 1976. Ce cadre de référence est l'un des plus utilisés en sciences infirmières. Ce modèle de l'adaptation est un concept

intéressant à utiliser pour la mise en lien avec les résultats dans la discussion de cette revue de littérature.

Roy a basé son modèle sur des postulats scientifiques et philosophiques. Les postulats scientifiques du modèle sont inspirés par la théorie des systèmes de Von Bertalanffy (1968) et celle des niveaux d'adaptation de Helson (1964). Les postulats philosophiques sont basés sur l'humanisme et le sens commun de la raison de l'existence humaine (Roy & Andrews, 1991). Roy (1986) voit alors la personne comme un système qui est en continuel processus d'adaptation face à différents stimuli de son environnement externe et interne. Callista Roy définit, dans son modèle, l'adaptation comme un processus de changement, phénomène universel qui s'applique à chaque être humain. Elle considère l'homme comme un être biopsychosocial qui est en interaction constante avec son environnement. Cette interaction l'oblige à s'adapter sans cesse (Brunner et Suddarth, 1994).

« L'environnement constitue les stimuli focaux, contextuels et résiduels auxquels l'individu fait face. » (Roy 1986, cité par Cloutier, 1995, p.32). Dans le cas de cette revue, le stimulus focal est l'interruption de grossesse auxquelles les femmes doivent s'adapter. Le stimulus focal est un degré de changement auquel la personne fait face immédiatement et auquel elle doit s'adapter ; cet élément déclenche le comportement. Les comportements sont les réponses d'adaptation de la personne face aux changements de son environnement. Ces réponses peuvent être observées, mesurées, ou rapportées subjectivement. Roy identifie deux autres types de stimuli. Les stimuli contextuels qui peuvent être le stade développemental, le contexte familial, l'absence de support, et cela peut contribuer aux comportements provoqués par le stimulus focal. Les stimuli résiduels sont les croyances, les valeurs et la religion, lesquels peuvent influencer les comportements mais dont il est impossible d'en vérifier les effets. Le contexte socio-politique de l'avortement, les valeurs sociales et individuelles par rapport à l'avortement représentent respectivement des stimuli contextuels et résiduels (Roy, 1986).

Il y a deux types de réponse d'adaptation qui sont efficaces et inefficaces. Les réponses efficaces promouvoient l'intégrité de la santé en terme de buts de l'individu comme système. Au contraire, les réponses inefficaces ne contribuent pas à cette intégrité. Les réponses d'adaptation se classe en en quatre modes :

- Le mode d'adaptation lié aux besoins physiologiques

Et trois autres modes liés aux besoins psychosociaux :

- Le concept de soi : englobe deux sous-dimensions ; le soi physique (composé de deux composantes : la sensation corporelle et l'image corporelle) et le soi personnel (incluant trois composantes la consistance de soi, le soi idéal et le soi moral-éthique-spirituel). L'estime de soi est définie comme une perception que l'individu a de sa valeur, et elle se trouve inhérente à chaque composante du concept de soi.
- La fonction de rôle : « (...) a trait à l'ensemble des tâches entreprises par l'individu détenant un titre particulier par rapport aux comportements que la société attend de lui pour réaliser et maintenir son titre. » (Cloutier, 1995, p.33).
- L'interdépendance : « (...) fait référence aux relations interpersonnelles intimes entre les individus incluant le désir et la capacité d'aimer, de respecter et de valoriser les autres et le désir d'accepter et de répondre à l'amour, au respect et à la valorisation venant des autres. » (Cloutier, 1995, p.33).

(Roy, 1986 ; 1991, cité par Cloutier, 1995, p.32-33)

Le mode d'adaptation lié aux besoins physiologiques ne sera pas utilisé dans le cadre de cette revue car elle est axée sur les aspects psychologiques.

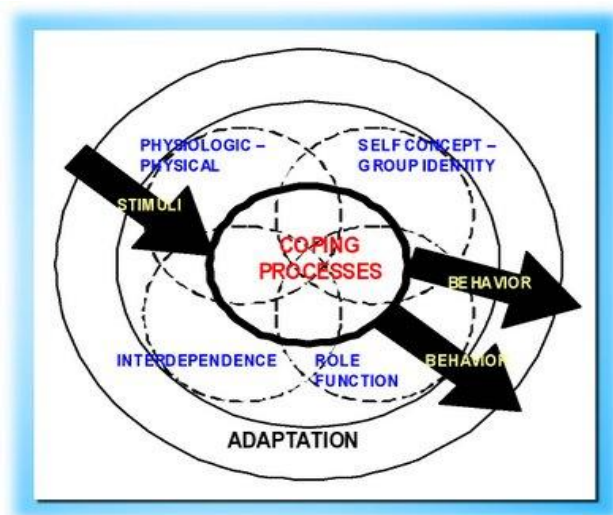


Figure 2 Schéma du modèle d'adaptation de Callista Roy

« Selon le modèle de l'adaptation de Roy (1991), la santé de la personne est un état et un processus d'être et de devenir intègre est un tout. Le rôle de l'infirmière est donc d'aider la personne concernée à tendre vers l'intégrité de sa santé. Ce rôle consiste à évaluer d'une part, les réponses inefficaces et efficaces, et d'autre part, les facteurs

(stimuli) influençant ces réponses, afin d'augmenter, de rétablir ou de maintenir les réponses efficaces du client face aux stimuli de son environnement. » (Roy, 1991, cité par Cloutier, 1995, p.32).

Callista Roy décrit le processus de soins en commençant par un premier niveau d'évaluation qui observe le comportement dans chaque mode d'adaptation, puis le deuxième niveau d'évaluation qui identifie les stimuli focaux, contextuels et résiduels puis propose l'établissement de l'objectif, ensuite propose les interventions qui ont pour but de promouvoir l'adaptation en manipulant les stimuli et pour terminer une évaluation sur l'efficacité de l'intervention (Callista Roy, 1983).

Dans la figure 2, on peut voir le modèle de Roy sous forme de schéma. Au centre, on voit les quatre modes d'adaptation à savoir le mode d'adaptation lié aux besoins physiologiques, le concept de soi, la fonction de rôle et l'interdépendance. Selon le mode d'adaptation, les stimuli vont amener à un comportement et à une adaptation.

Le type de stimulus ainsi que les modes d'adaptation seront plus approfondis lors de la discussion des résultats.

3 Méthode

Pour ce travail, le choix du devis s'est porté sur une revue de littérature étoffée, qui permet d'acquérir de nouvelles connaissances mais aussi de faire un compte rendu des savoirs actuels. En effet, la revue permet de savoir où en sont les recherches sur le sujet. Cela fait également ressortir les éléments qui peuvent manquer et cela propose ainsi des pistes de recherches. Cette revue permettra aussi de mettre en lumière les besoins de recherches futures, les problèmes et questions. Elle proposera des pistes pour la pratique et servira ainsi de point de départ pour le travail sur le terrain. La revue de littérature permet d'avoir une vision globale et de répondre à la question : « Quelles stratégies/interventions peuvent favoriser l'adaptation à l'avortement dans une prise en charge infirmière ? »

Les recherches seront faites par l'utilisation de la base de données tel que Pubmed ou Cinhal par exemple. Après avoir effectué les recherches, une analyse puis une synthèse seront effectuées à partir de ces études. (Loiselle, 2007).

Pour commencer, des mots-clés ont été trouvés afin de définir les MeSH pour les utiliser dans les bases de données. Ces mots-clés regroupent les thèmes de la question de recherche et permettent ainsi d'avoir accès à une multitude d'articles. Des critères d'inclusion et d'exclusion ont été fixés. En tout 11 recherches ont été retenues. A partir de ces études, des grilles d'analyse ont été remplies pour chaque article. Par la suite, les résultats de ces grilles ont permis de classer les résultats par thème.

Une partie des recherches sélectionnées ont été trouvées sur la banque de données Pubmed/Medline ainsi que sur Cinhal. Deux études utilisées sont issues de la banque de données Informaworld. Ces recherches ont été réalisées entre septembre 2010 et avril 2011.

Les articles recherchés ont été sélectionnés à partir des critères suivants :

3.1 Critères d'inclusion

Articles scientifiques publiés sur les dix dernières années (2000-2011)

Femmes ayant avorté pour des raisons non médicales

Articles centrés sur l'expérience de l'avortement

Recherches en français et anglais

3.2 Critères d'exclusion

Articles scientifiques publiés il y a plus de dix ans

Avortement des adolescentes

3.3 Résultats des stratégies de recherches

Différentes stratégies ont été utilisées pour les banques de données Pubmed, ainsi que Cinahl et Informaworld.

Pubmed

Stratégie 1

"Induced abortion" [MeSH Terms] AND "Life change events" [MeSH Terms] AND "Adaptation, psychological" [MeSH Terms]

Résultats : 10 articles trouvés dont 2 retenus

- Hess, R. (2004). Dimensions of Women's Long-Term Postabortion Experience. *American Journal of Maternal Child Nursing*. Vol 29. 193-198.
- Trybulski, J. (2005). The long-Term Phenomena of Women's Postabortion Experiences. *Western Journal of Nursing Research*. 27(5). 559-576.

Stratégie 2

"Induced abortion" [MeSH Terms] AND "Adaptation, psychological" [MeSH Terms]

Résultats : 192 articles trouvés dont 2 retenus

- Kero, A., Högberg, U., Lalloo, A. (2004). Wellbeing and mental growth-long term effects of legal abortion. *Social Science & Medicine*. 58. 2259-2569.
- Poggenpoel, M., Myburgh, CPH. (2006). Women's experience of termination of a pregnancy. *Curationis*. 29(1). 3-9.

Stratégie 3

"Induced abortion" [MeSH Terms] AND "Mental recall" [MeSH Terms]

Résultats : 6 articles trouvés dont 1 retenu

- Trybulski, J. (2006). Women and abortion: the past reaches into the present. The author, *Journal compilation*. 683-690.

CINAHL

Stratégie 4

"Abortion" "Experience" "Women"

Résultats : 26 articles dont 3 retenus

- Alex, L., Hammarström, A. (2004). Women's experience in connection with induced abortion – a feminist perspective. *Nordic College Sciences*. 18. 160-168.
- Halldén, B-M., Christensson, K., Olssen, P. (2008). Early abortion as narrated by young Swedish women. *Nordic College Sciences*. 23. 243-250.
- Halldén, B-M., Christensson, K., Olssen, P. (2005). Meaning of Being Pregnant and Having Decided on Abortion; Young Swedish Women's Experiences. *Health Care for Women International*. 26. 788-806.

Stratégie 5

"Abortion" "Emotionnal change"

Résultats : 1 article

- Goodwin, P., Ogden, J. (2007). Women's reflections upon their past abortions: An explanation of how and why emotional reactions change over time. *Psychology and Health*. 22(2). 231-248.

Informaworld

Stratégie 6

"Termination" (Title) "Pregnancy" (Title)

Résultats : 16 articles dont un retenu

- Dykes, K., Slade, P., Haywood, A. (2011). Long term follow-up of emotional experiences after termination of pregnancy : women's views at ménopause. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. Vol. 29. 93-112.

Stratégie 7

"Abortion" (Title) "Experience" (All field)

Résultats : 61 articles dont un retenu

- Remennick, L., Segal, R. (2001). Socio-cultural context and women's experiences of abortion : Israeli women and Russian immigrants compared. *Culture, Health & Sexuality*. Vol. 3. 49-66.

4 Résultats

4.1 Méthodologie des recherches

En tout, onze recherches ont été sélectionnées. Toutes étaient en anglais, celles-ci ont été traduites soit avec un dictionnaire français-anglais soit avec un moteur de traduction. Toutes les recherches ont été résumées et introduites dans un type de grille de recherches³. Ces différentes études provenaient de divers pays : Etats-Unis (3), Suède (4), Royaume-Uni (2), Israël (1), Afrique du Sud (1). La date de parution se situait entre 2001 et 2011. Ce critère était important car il permettait d'avoir une vision actuelle de la thématique. La plupart des recherches étaient dirigées sur des écrits de type qualitatif, ce qui a permis dans ce travail d'approfondir l'expérience des femmes et de l'avortement. Le recueil des données s'est fait par des interviews et entretiens.

Le setting se centrait pour toutes les études sur l'expérience de l'avortement chez des femmes de tout âge. Certaines études ont voulu développer l'avortement sur le long terme comme dans les recherches de Trybulski (2005), Hess (2004), Trybulski (2006), Goodwin et al. (2007) et Dykes et al. (2011). L'interruption de grossesse avait eu lieu dans ces études entre une année et 15 ans. Dans l'étude de Dykes et al. (2011), le setting était des femmes en ménopause au moment des interviews et ayant avorté au moins 10 ans auparavant. Kero et al. (2004) ont suivi les réactions et émotions des femmes sur une période de un an. Pour les autres études l'avortement avait eu lieu entre 2 semaines à trois mois (Alex et al. 2004 ; Halldén et al. 2005 ; Halldén et al. 2008, Remennick et al. 2001). Une étude a pris un setting divers ; des femmes entre 15 et 50 ans ; l'étude n'avait aucun critère en lien avec le facteur temps. Ensuite, l'étude de Remennick et al. 2001 a souhaité examiner l'interruption de grossesse dans un contexte interculturel en comparant deux groupes de femmes. Dans certaines des études les setting divers comme par exemple des femmes ayant des religions différentes et venant de milieux professionnels divers (Hess, 2004 ; Poggenpoel et al. 2006). Certaines femmes avaient expérimenté plusieurs avortements, cela était le cas dans les recherche de Hess (2004), Trybulski (2005 et 2006) ; des fausses couches ou des femmes qui avaient donné naissance (Hess, 2004 ; Kero et al. 2004 ; Dykes et al. 2011) ; des avortements illégaux

³ Grilles d'analyse de recherches en annexe 8.3 à partir de la page 61.

(Trybulski 2005 ; Kero et al. 2004) ; et des groupes socio-économiques divers (Alex et al. 2004 ; Kero et al. 2004 ; Poggenpoel et al. 2006). Dans l'étude de Halldén (2008 et 2005), les femmes devaient avoir entre 18 et 20 ans. L'étude de Remennick et al. (2001) demandait à ce que les femmes interviewées soient suffisamment imprégnée de la culture israélienne alors elles devaient être immigrées depuis au moins un an.

La plupart des recherches ont obtenu une approbation d'un comité d'éthique (Alex et al. 2004 ; Halldén et al. 2008 et 2005 ; Kero et al. 2004 ; Goodwin et al. 2007 ; Dykes et al. 2011). Pour d'autres, les participantes ont été informées du descriptif de l'étude et ont signé un formulaire de consentement éclairé (Remennick et al. 2001 ; Poggenpoel et al. 2006 ; Trybulski, 2006 et 2005). Dans la recherche de Hess (2004), l'auteur mentionne que pour les aspects éthiques, elle a donné un pseudonyme à chaque participante et chacune a pu choisir le lieu de rencontre pour les interviews.

Concernant les auteurs et leur champ d'expertise quatre études ont été conduites par des chercheurs en lien aux soins infirmiers (Hess, 2004 ; Trybulski, 2005 et 2006 ; Alex et al. 2004). Poggenpoel et al. (2006). L'un des auteurs de Kero et al. (2004) est un travailleur social et dans l'étude de Remennick et al. (2001) ils sont chercheurs en sciences sociales. Dans l'étude de Dykes et al. (2011), les auteurs sont formés en psychologie. Dans la recherche de Goodwin et al. (2007), le premier auteur est un étudiant qui travaille pour le département d'épidémiologie et de santé publique et le deuxième auteur le supervise et travaille dans le département de psychologie. Pour l'étude de Kero et al. (2004), les trois auteurs travaillent au département des sciences cliniques, obstétriques et gynécologiques. Pour terminer, les deux études de Halldén et al. (2005 et 2008), les deux premiers auteurs travaillent dans un département pour la santé des femmes et des enfants, division de la santé reproductive et périnatale ainsi que dans l'école des sciences de la santé et dans le département de soins et de santé publique. Le troisième auteur travaille dans la santé internationale maternelle et de l'enfant, département de santé des femmes et enfants.

Concernant le contenu des recherches, les recherches portaient sur l'expérience de l'interruption de grossesse pour des raisons non-médicales. Des études se sont penchées sur l'expérience même de l'avortement afin de comprendre comment les femmes le vivaient et d'explorer cet événement dans la vie des femmes (Hess, 2004 ; Trybulski,

2005 et 2006 ; Goodwin et al., 2007 ; Poggenpoel et al., 2006 ; Alex et al., 2004). Une autre recherche a voulu se pencher plus particulièrement sur l'expérience des femmes de l'avortement mais à un moment spécifique, la ménopause, qui marque la fin de la vie reproductrice (Dykes et al., 2011). Les deux études de Halldén et al., (2008) ont choisi d'explorer l'expérience de l'avortement chez des jeunes adultes, ces jeunes femmes avaient entre 18 et 20 ans. L'étude de Kero et al. (2004), s'est penchée sur l'expérience émotionnelle des femmes sur une période d'un an. Et pour terminer, Remennick et al. (2001), ont voulu comparer l'expérience de l'avortement dans un contexte interculturel. Plusieurs études avaient les mêmes auteurs mais les thématiques ont été développées différemment

Ainsi un grand nombre de facteurs ont été déterminés à travers les onze recherches sélectionnées, cela a permis la diversité des résultats et des aspects développés.

Après avoir analysé les recherches, les résultats principaux des études peuvent être regroupés dans un thème central, l'expérience. Ce thème comprend :

- La prise de décision : ambivalence et découverte de la fertilité
- L'expérience de l'avortement : impact de l'avortement, intégration de cet événement, l'enfant avorté, les facteurs sociaux/situationnels et les aspects relationnels.

4.2 La prise de décision

La prise de décision est un thème qui émerge quand les femmes parlent des raisons pour lesquelles elles ont avorté et de la signification qu'avait leur relation avec leur partenaire à ce moment là de leur vie. Les raisons pour lesquelles ses femmes ont décidé d'avorter sont variées. Certaines ont avorté pour des désirs de carrière ou des plans qu'elles avaient encore pour le futur, d'autres avaient des objectifs personnels et l'influence de la relation avec leur partenaire, amis ou famille, a été déterminante pour certaines, dans leur prise de décision (Hess, 2004). La plupart des femmes se sont senties pressées de prendre leur décision et voulaient une résolution rapide. Elles ont pris cette décision pour le moment présent, en fonction de leur perception de leur préparation à la maternité et à leur situation financière et sociale (Trybulsky, 2005). Il y a plusieurs arguments pour l'avortement tels qu'une relation peu sûre ou à distance. Leur situation économique a été cruciale pour la décision. Certaines femmes se sentaient trop jeune pour avoir un enfant et pour elles, il était important de penser à leur

avenir. (Alex et al., 2004). Les participantes de l'étude de Dykes et al. (2011) ont eu le besoin de justifier leur décision en expliquant le contexte. Il était important pour certaines femmes de souligner que leur décision avait été réfléchie. Les justifications et explications concernaient un partenaire peu favorable, une relation instable, ne pas vouloir la « charge » ou responsabilité d'avoir un enfant et le désir d'atteindre des objectifs personnels.

Dans une autre étude, Halldén et al. (2005) démontrent à travers les interview avec les femmes, qu'elles ont exprimé un besoin de prendre soin d'elles, de pouvoir finir leurs études, d'avoir un travail et d'avoir une relation stable et aussi, que l'enfant a droit à des parents aimants.

Les aspects financiers étaient une part importante dans la prise de décision car leur situation financière ne permettait pas de pouvoir offrir à un enfant ce dont il a besoin. Dans l'étude de Remennick et al. (2001) les raisons mises en avant pour l'avortement ont aussi été les relations instables avec le partenaire, ou le rejet de la paternité, le divorce et ne pas vouloir élever un enfant seule. Certaines expériences négatives ont amené au désir d'avortement parce que les femmes voulaient donner à un enfant une enfance heureuse. Toutes ces femmes ne voulaient pas être un parent seul et elles voulaient croire à la famille heureuse (Alex et al., 2004). Alex et al. (2004) exposent dans leur discussion que ces résultats concordent avec une étude suédoise qui montre que la raison qui pousse à avorter est la croyance qu'un enfant ne devrait pas grandir avec un seul parent.

La prise de décision a été un événement stressant pour les femmes. Certaines ont été paniquées au moment de la découverte de leur grossesse. D'autres ont été fâchées contre elle-même ou leur partenaire (Hess, 2004). Quelques femmes se sont senties trahies par leur corps ou leur contraception (Trybulski, 2005). L'avortement est marqué par un sentiment de solitude, il a également été très présent au moment de la prise de décision. Même dans leur entourage, elles se sont senties seules. Pour certaines femmes, la prise de décision est vécue comme une affirmation de soi, car cette décision elles la prennent par elles-mêmes (Trybulski, 2005). En prenant la décision, elles se sont senties responsables et capables de choisir. Elles se sont rendues compte de l'importance d'avoir l'opportunité de planifier leur vie et qu'elles avaient également la possibilité de vouloir donner la vie ou non (Alex et al., 2004).

Les femmes ont décrit le choc ainsi que la joie en sachant qu'elles étaient enceintes. Le sentiment de choc a pu être plus ou moins long. Dans un cas, cela s'est prolongé jusqu'à l'idée du suicide. Bien que les femmes mettent l'accent en disant que le choix vient d'elles, le récit montre que le processus de prise de décision est influencé de différents facteurs : telles que leur expérience durant l'enfance, leur partenaire, leur ami et les normes sociales (Alex et al., 2004). La compréhension de cette recherche se base sur l'approche féministe, Alex et al. (2004) exposent donc qu'il y a une soumission relative par rapport à la prise de décision, selon laquelle il y a un pouvoir entre la femme et l'homme et que cela est caractérisé par le fait que l'homme est dominant. En effet, certaines femmes de l'étude étaient dans un premier temps heureuses d'être enceinte alors que leur partenaire ne souhaitait pas devenir père. Après un certain temps, les femmes ont changé d'avis en se concordant avec leur partenaire. Dans une autre étude, les femmes estimaient qu'indépendamment de la position de leur partenaire, la décision pour mettre fin à leur grossesse avait été la leur (Dykes et al., 2011). Dans l'étude de Poggenpoel et al. (2006) les femmes se sont senties dans une incertitude au moment de la découverte de leur grossesse et elles ont eu le sentiment d'être « coincée », il leur semblait que leur liberté était limitée et que c'était la seule option possible. Elles étaient « coincées » aussi car elles se sentaient coupables et elles se demandaient si Dieu leur pardonnerait. Les femmes qui considéraient que la décision leur appartenait ont été capables de s'adapter à leur réaction dans le post-avortement à 4 mois. Ces résultats montrent l'importance du processus de décision dans les suites du post-avortement, cela indique qu'il est primordial de donner aux femmes la possibilité de s'exprimer et être encouragées à exprimer leur chagrin et souffrance, même quand elles ne regrettent pas leur décision (Kero et al., 2004)

4.2.1 Ambivalence

Les sentiments qui ont marqué ce moment ont été l'ambivalence et un sentiment d'obligation (Hess, 2004). Une des raisons pour lesquelles elles étaient ambivalentes, était qu'elles pourraient le regretter plus tard ou encore par peur de stérilité. L'ambivalence dans la prise de décision a été beaucoup évoquée, les femmes avaient une idée positive de l'avortement mais pas pour leur propre avortement. Un argument fort de leur désir de ne pas avorter était la joie spontanée d'être enceinte et de pouvoir donner la vie (Alex et al., 2004). Alex et al. (2004) exposent dans leur discussion que

« Etre forcé de choisir entre donner naissance à un enfant ou avoir un avortement semble impossible, mais il peut aussi être vu comme une part difficile inhérente à la vie. Les narrations révèlent que le processus amenant à la décision finale est rempli d'angoisse. Selon le point de vue existentialiste, l'anxiété est ce qui mène au choix et est une réalité de la vie humaine. Le fait de choisir crée l'angoisse. » (p. 165). Dans la recherche de Hess (2004), beaucoup de femmes ont été ambivalentes et cela a été aussi démontré dans d'autres études.

4.2.2 Découverte de la fertilité

La grossesse n'avait pas été imaginée pour ces jeunes femmes, elles étaient alors dans un processus de découverte de leur fertilité. (Halldén et al., 2008). L'étude de Halldén et al. (2005) montre que les femmes ne pouvaient pas être sûre de leur fertilité avant d'avoir la certitude d'être enceinte. Dans l'étude de Kero et al. (2004) un tiers des femmes a décrit pour la première fois la découverte des sentiments maternels, la confirmation de la fertilité et la féminité, malgré la certitude que l'avortement était la meilleure décision.

La surprise de la possibilité de pouvoir devenir enceinte était marquée par la joie et des sentiments maternels. La décision d'avortement aurait pu être prise avant même d'être enceinte pour ses jeunes femmes, bien que pour elles la possibilité de pouvoir tomber enceinte était peu probable et n'avait pas été envisagée (Halldén et al., 2008). Les jeunes femmes ont eu des craintes pour leur fertilité future, de peur de ne plus avoir la chance de devenir mère et ainsi de regretter leur avortement (Halldén et al., 2008 ; Halldén et al., 2005). La peur pour leur fertilité future a aussi été évoquée dans l'étude de Dykes et al. (2011). Lors de la découverte de la grossesse, les femmes ont expérimenté le désir inattendu et intuitif d'être fertile. Les femmes n'avaient pas l'air de croire en leur fertilité mais elles ont exprimé un sentiment de bonheur en lien à leur capacité d'être enceinte (Halldén et al., 2005 ; Halldén et al., 2005). Dans la discussion de Halldén et al. (2005) le bonheur et les sentiments positifs liés à la grossesse ont été également démontrés dans une autre recherche suédoise.

4.3 L'expérience de l'avortement

Les femmes ont senti des changements physiques ainsi qu'un stress émotionnel. Ces sentiments ont été vécus d'une manière positive et négative. Ces derniers se présentaient sous forme de morosité, instabilité, imprévisibilité et sensibilité. Elles se sont senties

différentes dans leur corps (Halldén et al., 2005). Elles ont vécu la planification de leur avortement avec peur et anxiété. « L'avortement médical était associé avec le fait de prendre une médication orale, être éveillée, et être la personne qui avortait activement. Etre éveillée pendant l'avortement implique la possibilité de voir l'hémorragie et le fœtus. L'avortement chirurgical nécessite une narcose et c'est le chirurgien qui mène l'intervention. De ce fait, la jeune femme n'y participe pas. » (Halldén et al., 2005, p. 796).

Dans l'étude de Goodwin et al. (2007), les chercheurs ont recruté des femmes qui avaient avorté entre une année et neuf ans afin d'explorer comment les femmes se sentaient par rapport à leur avortement des années plus tard. Ils ont découvert quatre types de changement et ces quatre transitions différentes exprimées sont distinctes et montrent la variabilité des réactions à la fois immédiates et comment les femmes pensent que ces réactions changent avec le temps.

4.3.1 Impact de l'avortement

Les événements autour de la procédure, le jour de la consultation et de l'intervention ont été des événements marquants pour certaines femmes. En effet, ceux-ci ont pu être des moments stressants. Les impressions de la procédure et le jour de l'avortement ont marqué les souvenirs. Les réactions à l'intervention ont été la tristesse, les remords ainsi que le soulagement. Les femmes ont eu des flashbacks émotionnels plusieurs années après l'intervention. Elles ont été indécises quant au désir d'en parler ou de garder le secret. Elles ont pensé à l'enfant qu'elles auraient eu (Hess, 2004). Les femmes ont essayé d'oublier et d'éviter de penser à cet événement. Certaines ont eu des flashbacks et des cauchemars sur l'avortement. Les femmes rapportent que l'interruption était la bonne chose à faire mais maintiennent une perspective négative d'elle-même (Dykes et al. 2011).

Dans l'étude de Remennick et al. (2001), ils comparent l'expérience de l'avortement sur des groupes de femmes venant d'un contexte différent, un groupe étant des israéliennes et l'autre groupe étant russes immigrées en Israël. La plupart des femmes des deux origines n'ont pas signalé de graves problèmes émotionnels après 3 mois de l'avortement. Le sentiment typique après la procédure était le soulagement mélangé à une profonde tristesse et un désir d'oublier cette expérience. Malgré tout, dans les deux

groupes, il y avait des femmes qui avaient de la difficulté à oublier leur interruption. Un quart des femmes israéliennes et un tiers des femmes russes ont exprimé de la tristesse, ont eu des insomnies, des difficultés de concentration, de la fatigue et d'autres signes de dépression. Par rapport à la détresse, la prise de décision a été marquante et avec une lutte interne. Celles qui avaient hésité entre la naissance et l'interruption, l'indécision a souvent persisté après l'avortement et a conduit à des vagues de regrets et de culpabilité. Dans la recherche de Trybulski (2005) le sentiment commun après l'avortement a également été le soulagement. Elles ont aussi mentionné que leur décision avait été la meilleure à ce moment là de leur vie et qu'elles n'avaient pas de regrets, mais les pensées liées à l'avortement ou à l'enfant avorté, se sont manifestées des années plus tard.

Ces pensées ont parfois été intrusives car elles intervenaient à des moments inattendus. « L'avortement n'a pas été la dernière étape de leur expérience de l'avortement mais le début de souvenirs récurrents de l'avortement » (p. 569). Dans l'étude de Trybulski (2007), les femmes qui sont venues à regretter leur avortement ont eu des pensées qui sont devenues de plus en plus fréquentes et plus vives. Parfois certaines images restent dans les pensées des femmes, elles gardent en elles le souvenir de souffrances vécues lors de leur avortement. Une des participantes de l'étude s'est sentie responsable lorsque l'une de ses amies a eu des problèmes de fertilité. Dykes et al. (2011) se sont intéressés aux femmes ménopausées et ayant eu un avortement il y plus de dix ans.

Les femmes de l'étude se souviennent encore avec beaucoup d'émotions de leur avortement, elles ont exprimé de la tristesse et pour certaines cet événement est considéré comme un souvenir indélébile dans leur histoire, faisant d'elles des personnes « endommagées ». Le regret a été exprimé par toutes les femmes bien que pour certaines, leur décision avait été malgré tout une bonne décision. La culpabilité a aussi été mentionnée par les femmes aux cours des interviews. Celle-ci, leur avortement était comme un secret caché dont elles avaient honte. De plus, leur interruption a eu une influence négative sur leur vision d'elle-même. De plus Trybulski (2005), mentionne à travers ses interviews qu'elles ont été perturbées non seulement par leur corps mais aussi de leur estime d'elle-même. Quant aux manifestations émotionnelles tels que dépression, anxiété, regret, culpabilité, ils ont été présents par intermittence. Dans l'étude de Poggenpoel et al. (2006) les réponses émotionnelles étaient aussi le regret, un

sentiment de vide, de culpabilité, de colère. Une des participantes s'est reproché d'avoir avorté et a eu un sentiment de culpabilité en lien à des valeurs morales et éducatives, ce qui a créé un conflit interne. Kero et al. (2004) évoquent également dans leur discussion l'aspect complexe et multiforme de l'avortement. En effet, les réponses des femmes à l'avortement sont complexes. Bien qu'elles étaient satisfaites de leur décision et qu'elles n'aient pas eu de détresse en post-avortement, la moitié a tout de même relié l'avortement à des sentiments aussi bien douloureux que positifs après une année. Dans les résultats de son étude, près des deux tiers des femmes n'avaient pas connu de détresse émotionnelle, un cinquième ont connu une détresse légère/modérée et un autre cinquième a connu une grave détresse émotionnelle.

Hess (2004) indique à travers sa recherche, que les femmes peuvent vivre cet événement au moment de l'avortement avec anxiété. Elle a étudié l'expérience des femmes aux long terme et son étude semble montrer plus d'effets négatifs que dans les études sur le court terme. Après l'avortement, les femmes ont ressenti un sentiment d'ambivalence et de vide mais aussi des sentiments de maturité et de joie, car elles avaient expérimenté la grossesse (Alex et al., 2004). Dans la recherche de Halldén et al. (2008), le sentiment de vide a aussi été révélé dans les interviews des jeunes femmes. Les femmes de cette étude ont aussi pensé pouvoir gagner en force, en maturité et en terme de responsabilité. De plus, l'étude démontre aussi les sentiments contradictoires de l'avortement tels que le soulagement et la douleur. La douleur était en lien avec le fait d'enlever un enfant à naître et le soulagement était lié à la réussite de l'avortement dans le sens pratique et le fait que la vie pouvait revenir à la normale. Dans l'étude de Kero et al (2004) les réactions des femmes ont été étudiées juste après l'avortement, à 4 mois et à un an. Cette recherche montre que presque toutes les femmes ont vécu l'avortement comme un soulagement et avec une certaine prise de responsabilité, juste après l'avortement, à 4 mois et à un an de suivi. La majorité des femmes considèrent l'avortement comme un processus de croissance et de maturation. La plupart des femmes ont souligné une bonne capacité à faire face à l'avortement bien qu'un cinquième a eu des réactions de crise et presque autant, une détresse modérée juste après l'intervention.

4.3.2 Intégration de cet événement

Les femmes ont gagné en perspectives, avec le temps la plupart des femmes ont élargi leur perspective sur l'avortement et l'effet qu'il a eu sur leur vie. Elles ont été satisfaites

de leur décision. Elles ont réévalué cet événement plus tard dans leur vie. Plusieurs femmes ont décrit des conséquences négatives de leur avortement et ont cherché de l'aide afin de guérir de cette expérience. Certaines ont participé à des groupes d'entraide. D'autres ont dit que pardonner aidait à guérir. Elles ont reconnu le sens de leur expérience, plusieurs années après l'avortement, certaines femmes ont formulé des opinions claires sur les effets et la signification de l'interruption dans leur vie. Elles ont pensé que leur décision avait influencé leur futur. Les émotions intenses ont parfois perduré plusieurs années. Presque toutes les femmes ont utilisé des stratégies de coping pour éviter les souvenirs de l'avortement. Le déni a été souvent mentionné. Les autres stratégies utilisées étaient le retrait, garder le contrôle, garder l'avortement secret, fantasmer sur l'enfant et effectuer des cérémonies religieuses. Les femmes qui ont cherché de l'aide, ont pratiqué des rituels ou celles qui ont fait face à leur colère, ont pu se pardonner (Hess 2004). Elles ont ressenti le besoin de donner du sens à leur avortement. Pour beaucoup de femmes, le fait d'avoir un avortement n'était pas problématique, mais la raison pour mettre fin à leur grossesse devait être valide à leurs yeux. Pour certaines femmes, le sens a été donné dans le processus de décision. Pour d'autres, l'événement a pris sens plus tard, quand elles se sont rendues compte du poids de cet événement dans leur vie. Pour certaines femmes, la spiritualité et les rituels ont été un moyen de donner du sens à leur expérience. Les réflexions sur l'avortement ont contribué à une introspection et une compréhension. Cette prise de conscience a été utile pour donner à certaines femmes la paix et un aboutissement. Parfois les pensées et réflexions reviennent et il peut y avoir des éléments déclencheurs (Trybulski, 2006).

Dans l'étude de Halldén et al. (2008), les jeunes femmes ont considéré leur avortement comme le fait d'avoir empêché à un enfant de naître. Elles ont beaucoup réfléchi au sens de l'avortement et ce que signifiait avorter en lien avec le fœtus. Elles ont considéré l'avortement comme un acte égoïste mais qui en même temps ne l'était pas forcément. Égoïste, parce qu'elles avaient choisi d'avorter en pensant à elles et non égoïste car elles avaient considéré le bien-être de l'enfant. Elles ont pris leur décision de manière réfléchie en pensant aux conséquences pour leur propre vie, leur futur enfant, leurs parents et leur partenaire.

Dans la recherche de Kero et al. (2004), le nombre de femmes qui n'ont subi que des sentiments positifs en lien à leur avortement a augmenté à une année de suivi, tandis

que le nombre de femmes qui ont ressenti des sentiments douloureux avait diminué pendant la même période. Les femmes ont décidé d'en finir avec l'avortement en avançant dans leur vie. Les mots « poursuivre » « continuer » ont été utilisés par les femmes. Elles ont essayé de fuir les souvenirs et provoquer l'oubli actif. En effet, les femmes ont décrit une stratégie « d'éviter d'y penser ». Elles ont pris la décision de l'oublier. Les participantes de l'étude ont spontanément utilisé le terme de « refoulement » comme une stratégie. Cette dernière a été si bien appliquée que certaines femmes se sont senties détachées de l'expérience de l'avortement.

Malgré tout, les souvenirs semblent revenir malgré le fait d'essayer d'oublier (Dykes et al. 2011). Dans le cadre de l'étude de Dykes et al. (2011), les femmes étaient en périmenopause et avaient avorté entre 10 et 34 ans auparavant. Cette étude a voulu explorer l'expérience des femmes sur l'avortement à plus long terme, dans le cadre de la ménopause ainsi qu'à la fin de leur vie reproductive. Ils voulaient savoir si les femmes mettaient en lien ces deux événements. La ménopause est considérée comme un temps de réflexion et les femmes ont admis qu'elles n'avaient pas réalisé l'effet de l'avortement à l'époque. Pendant ce moment de réflexion de la ménopause elles se sont demandées si elles avaient pris la bonne décision. Certaines évoquent encore des difficultés avec cette prise de décision. Elles ont pensé à leur famille aujourd'hui et à l'enfant dont elles ont avorté. « Pour la majorité, il s'agit d'un « questionnement » et ces « si » semblent bénéfiques et nostalgiques, teintés de tristesse. » (Dykes et al. Ibid, p. 106). Pour quatre femmes de l'étude, la ménopause est une période de vulnérabilité qui a rendu difficile la gestion des sentiments liés à l'interruption. Pour certaines femmes, l'interruption et la ménopause sont deux événements qui sont caractérisés par la perte. Les avortements passés peuvent être considéré comme un facteur de stress supplémentaire qui peut augmenter la vulnérabilité et maintenir l'humeur dépressive. La ménopause souligne la perte de la fertilité et la possibilité d'avoir des enfants, ce qui semble accroître la tristesse associée à l'avortement. « Dans ces récits il y a un sentiment de ne pas être en droit d'exprimer la tristesse de ne plus pouvoir avoir d'autres enfants. Il s'agit plutôt que ce « droit » a été perdu quand elles ont eu un avortement, et ces femmes doivent accepter leur état actuel, sans émotion. Elles « méritent » en quelque sorte cette « punition » » (Dykes et al, Ibid, p. 107). Par ailleurs, pour certaines femmes (3 femmes sur 15) ces deux expériences sont distinctes l'une de l'autre et ne voient aucun lien. Les participantes de l'étude ont souligné l'importance de

pouvoir discuter de l'avortement avec une tierce personne neutre pour qu'elles puissent partager leurs pensées et leur tristesse. Certaines des femmes de l'étude, avaient porté cet événement seules, par peur de représailles ou de jugement (Dykes et al., 2011).

4.3.3 L'enfant avorté

Faire du fœtus une personne a aidé à guérir certaines femmes (Hess, 2004). Dans l'étude de Trybulski (2005), les femmes ont donné forme à l'enfant. Elles se sont rappelées de l'âge qu'aurait l'enfant au moment de l'interview. A chaque fois qu'elles aperçoivent un enfant de l'âge qu'aurait le leur, cela leur rappelle qu'elles auraient pu être la mère de cet enfant (Trybulski, *ibid.*). Elles ont appelé le fœtus une « chose » ou un « ver ». La responsabilité de prendre la vie de cet enfant à naître était accompagnée par la douleur. Les femmes considéraient le fœtus autant humanisé que déshumanisé, elles se sont imaginées elles-mêmes comme plus ou moins impliquées dans l'exercice de l'avortement selon la méthode utilisée (Halldén et al., 2005). Dans l'étude de Poggenpoel et al. (2006) les femmes ont expliqué qu'elles avaient une baisse de moral chaque année à la même période et cette période était la date présumée de la naissance de l'enfant avorté.

Dans la recherche de Goodwin et al. (2007) les changements liés à l'avortement ont été classés en 4 groupes ; le rétablissement linéaire, le bouleversement persistant, la réévaluation négative, l'absence de bouleversement. Dans cette étude, plusieurs facteurs d'explications ont été développés au sein de la discussion afin de mieux comprendre les réactions de l'avortement. Un de ces facteurs concernait le fœtus. Il y a eu différents points de vue du fœtus. Certaines femmes ont utilisé une multitude de termes ou descriptions pour cette grossesse ; « point blanc sur l'écho », « ça », « bébé », « enfant ». Les femmes qui ont exprimé des impressions du fœtus comme plus humain ont été celles qui ont eu un bouleversement persistant ou une réévaluation négative. Les autres qui les ont considéré comme moins humain ont été soit celles qui n'ont jamais été bouleversée ou qui ont eu un rétablissement linéaire. Pour certaines femmes, leur image du fœtus a été influencée par le choix de la méthode. Deux des trois femmes ayant eu recourt à l'avortement médicamenteux ont été très bouleversée de voir le fœtus ; l'une d'entre elles a expérimenté une réévaluation négative et l'autre un bouleversement persistant.

4.3.4 Facteurs sociaux/situationnels

Les principaux prédictors de l'état émotionnel en post-avortement ont été les circonstances de la vie de la femme, la nature de la grossesse et la relation avec le partenaire, ainsi que la personnalité de la femme. Cela signifie que les facteurs situationnels, ainsi que les valeurs du groupe de pairs, peut plus influencer le post-avortement aussi bien que les forces sociales au niveau macro (rôle, normes de fécondité, discours du public sur les avortements. (Remennick et al., 2001).

Dans l'étude de Remennick et al. (2001) l'aspect socio-culturel a été abordé à travers l'expérience des femmes de divers milieu en Israël. D'abord les femmes israéliennes et puis les femmes russes immigrées en Israël. L'expérience de l'avortement a été comparée entre les deux groupes. L'expérience de l'immigration en tant que telle, a exercé une grave influence sur le post-avortement chez les femmes russes. Les immigrantes ont signalé plus de troubles émotionnels que les femmes israéliennes. Les israéliennes avec un accent russe se sentent souvent jugées par les professionnels de la santé. De plus, les femmes des deux groupes ont exprimé des opinions et croyances typiques de leur culture respective. Les participantes avec de la détresse émotionnelle étaient similaires entre femmes immigrantes et femmes locales (Remennick et al, Ibid).

Beaucoup de femmes cachent leur avortement à cause du regard social, certaines ont eu peur de la réaction de leur famille ou de leur amis ou par honte (Hess, 2004). L'expérience de l'avortement était pour beaucoup une histoire cachée. Pour certaines, la cause de ce silence était par peur de condamnation d'elle-même, de leur famille, de leurs amis ou de la société en général. Pour d'autres, le discours social qui entoure l'avortement leur donne envie de garder cela pour elles (Trybulski, 2005). Le jugement des autres a été perçu comme négatif, certaines se sont senties jugées. La perception du jugement a aussi été ressentie de la part du personnel médical et infirmier. Certaines femmes ont dit que la religion aggravait les perceptions de jugement. La peur du jugement des autres et les perceptions négatives ont souvent influencé le fait que les femmes cachent leur avortement. Les femmes se sentent parfois stigmatisées et sont donc plus susceptibles de garder le secret (Dykes et al., 2011). Dans l'étude de Halldén et al. (2005), les jeunes femmes suédoises ont vécu leur avortement sans émotions négatives concernant la désapprobation sociale de leur grossesse et leur avortement.

4.3.5 Aspects relationnels

Au moment de la prise de décision, certaines femmes se sont senties poussées par leur partenaire à avorter et d'autres ne les ont pas consultés. Les femmes avec des relations déjà dysfonctionnelles ont été particulièrement vulnérabilisées ; elles craignaient encore plus de dysfonctions dans leur couple. En effet, la nature de leur relation a été un facteur important au moment de la décision. La plupart des femmes ont pensé aux sentiments qu'elles avaient vis à vis de leur couple. Les femmes se sont senties seules même quand elles étaient entourées par leur famille ou amis (Trybulski, 2005).

Concernant le soutien, dans l'étude de Alex et al., (2004) les femmes l'ont décrit d'une manière positive. Elles ont été soutenues par leur mère, leurs amis. Par rapport aux partenaires, aucun n'a voulu être père et n'ont pas été soutenant. Elles se sont rendues compte qu'elles devraient gérer seules leur avortement. Certaines se sont senties soutenues par les équipes soignantes et d'autres pas. Autant elles ont pu ressentir les soignants comme positifs, informatifs autant étaient froids, négatifs et ignorants ; cela a induit des sentiments de honte, de tristesse, de solitude et d'incertitude. Après l'avortement, la relation avec le partenaire a varié, certaines relations ont été inchangées et d'autres sérieusement affectées. De plus, le niveau de dépression le plus haut et d'humeur négative ont été observés chez les femmes qui l'ont dit à leur partenaire ou amis et qui n'ont reçu aucun soutien. Les récits de cette étude montre que les femmes ont été satisfaites du soutien de leur famille, mère, amis mais qu'elles ont reçu peu ou pas de soutien de leur partenaire. De plus dans l'étude de

Halldén et al. (2008) le soutien et l'approbation en particulier de leur mère ont été très appréciés. L'importance du soutien extérieur tels que les parents et les partenaires était évidente dans les récits des jeunes femmes, par contre les soins des professionnels de santé n'ont pas figuré au premier plan de leur récit. L'approbation ou désapprobation de leur partenaire était significatif pour ces femmes. Elles ont eu le besoin de se sentir comprises et ont révélé un grand besoin de parler et de pouvoir être écoutées par des personnes de confiance. Ces personnes ont été décrites comme un soutien important qui transmet un sentiment de sécurité. Certaines femmes ont eu peur de la réaction de leurs parents (Halldén et al. 2005). Dans la recherche de Poggenpoel et al., (2006) les femmes ont eu le sentiment d'être isolées et seules vis à vis de leur ami, elles avaient l'impression qu'ils ne pouvaient pas comprendre ce qu'elles avaient vécu. Certaines

femmes ont également décrit la façon dont elles ont été traitées par les professionnels de santé et la plupart ont indiqué que le personnel avait été favorable et bienveillant. Les femmes ont aussi décrit comment elles ont été soutenues ou pas par les personnes autour d'elles (Goodwin et al., 2007). Les femmes qui ont discuté de leur grossesse avec partenaire, amis, famille n'en ont presque plus jamais reparlé par la suite. Les femmes ont souligné l'importance de la capacité à se confier à quelqu'un de confiance et de se sentir prises en charge (Remennick et al., 2001).

5 Discussion

La discussion portera sur une critique de la qualité de la méthodologie concernant les études et les résultats. Les résultats seront discutés et mis en lien avec le modèle de l'adaptation de Callista Roy et avec les concepts choisis, soit le concept de soi et l'adaptation. Enfin, la dernière partie abordera la réponse à la question de recherche.

5.1 Discussion des résultats et mise en lien avec le modèle

Six thèmes principaux ont été mis en lumière depuis la lecture des résultats. Ils sont : la prise de décision, l'impact de l'avortement, l'intégration de cet événement, l'enfant avorté, les facteurs sociaux/situationnels et les aspects relationnels. Ils seront discutés et mis en lien avec les concepts et le modèle d'adaptation de Callista Roy.

Liens avec le concept d'adaptation

L'adaptation est un processus qui paraît être le point central de l'expérience de l'avortement. Chaque être humain vient au monde avec un bagage héréditaire et se développe dans un tel milieu, à une telle époque. Chaque individu cherche à s'adapter, tout au long de sa vie. L'adaptation humaine est toujours à la fois psychologique et sociale, parce qu'elle fait appel à différentes composantes ; individuelles et environnementales. Il résulte une sorte de complémentarité, d'équilibre dynamique, lors de l'interaction de toutes ces composantes (Tremblay, 1996).

La prise de décision est une thématique qui apparaît souvent dans les résultats des diverses recherches (Hess, 2004 ; Trybulski, 2005 ; Alex et al, 2004 ; Dykes et al. 2011 ; Halldén et al. 2005 ; Remennick et al. 2001 ; Poggenpoel et al. 2006 ; Kero et al. 2004). Les raisons dans la prise de décision ont été variées. La signification de leur relation au moment de la prise de décision a été une de ces raisons. Les désirs de carrière, des plans pour le futur, des objectifs personnels, influence de la relation avec le partenaire, amis ou famille ont été déterminants (Hess, 2004 ; Alex et al. 2004 ; Dykes et al. 2011 ; Halldén et al. 2005). Le rejet de la paternité du partenaire, la perspective d'élever un enfant seule, vouloir donner à l'enfant une enfance heureuse avec des parents aimants, une situation financière et sociale ou encore une relation instable ont été également mentionnés (Remennick et al. 2001 ; Trybulski, 2005, Dykes et al. 2011, Alex et al. 2004). Dans l'expérience de l'avortement ainsi que lors de la prise de décision on peut voir ces différentes composantes ; au niveau de celles reliées à

l'individu, l'histoire personnelle influence l'expérience de l'avortement. Comme le dit Tremblay (1996), *l'histoire personnelle* est faite de toutes les décisions passées prises par les autres ou la personne elle-même, qui font partie de cette personne et qui pèsent sur ses actions et ses décisions actuelles ou futures. Une relation instable, un partenaire qui refuse la paternité ainsi que les décisions passées, en rapport par exemple au plan de carrière, vont influencer la façon de s'adapter. De plus, certaines femmes voulaient pouvoir donner à un enfant une enfance heureuse et la perspective d'élever un enfant seule était une grande crainte (Halldén et al. 2005 ; Remennick et al 2001 ; Alex et al. 2004). Cela peut aussi être en lien avec l'histoire personnelle de ces femmes. De comment elles ont vécu leur propre enfance. Par rapport à leur relation après l'avortement, l'évolution de la relation avec le partenaire a été variée. Pour certaines, leur relation a été particulièrement vulnérabilisée mais dans des couples qui subissaient déjà des dysfonctionnements (Trybulski, 2005 ; Alex et al., 2004). Cela montre que l'histoire personnelle liée au couple, à des événements passés qui ont fragilisé l'union ou la relation, peut aussi influencer l'adaptation et la recouverte de leur équilibre. La *marge de liberté* peut aussi être mise en lien avec l'avortement et la prise de décision, la marge de liberté est également une composante reliée à l'individu.

Celle-ci « fait référence, tant à la liberté intérieure qu'à la liberté extérieure. C'est la liberté reliée au contexte pratique d'action et de décision. Ainsi la marge de liberté se rapporte aux actes libres et aux actes moins libres, aux choix conscients et inconscients, aux actes volontaires et involontaires » (Tremblay, Ibid, p. 20).

En effet, le contexte des femmes au moment de la découverte de leur grossesse a eu une influence sur leur prise de décision. Le fait d'être trop jeune (Halldén, 2005), une situation financière et sociale limitée (Halldén, 2005 ; Trybulski, 2005), un partenaire rejetant la paternité, ont été des éléments qui finalement ont limité leur liberté. L'étude de Alex et al. (2004) a exposé, depuis une approche féministe, qu'il y avait une soumission relative par rapport à la prise de décision. En effet, au départ les femmes se sentaient heureuses d'être enceintes mais leur partenaire rejetait la paternité. Après un certain temps, les femmes ont changé d'avis pour se concorder avec leur partenaire. Cette étude montre une marge de liberté limitée, même si elle en était probablement inconsciente. De plus, les femmes ont mis l'accent en disant que le choix venait d'elles. Le récit montre que le processus de prise de décision est influencé par différentes façons, telles que leur expérience durant l'enfance, leur partenaire, leur ami et les normes sociales. Dans la recherche de Poggenpoel et al. (2006), les femmes ont eu un

sentiment d'être « coincée » et que leur liberté était limitée et que cela était la seule option possible. De plus, elles se sont senties coupables et se sont demandées si Dieu leur pardonnerait. En lien à cette croyance vis-à-vis de Dieu, il y a deux autres composantes reliées à l'environnement qui me paraissent intéressante d'aborder dans le contexte de la prise de décision, celles-ci sont les conditions macro et micro sociales.

Comme il est expliqué dans le concept d'adaptation, les *conditions macrosociales* sont en lien aux phénomènes sociaux. Elles sont la culture, les valeurs, les lois, les normes de comportements qui sont reconnus dans la société (Tremblay, Ibid). En lien avec l'étude précédemment citée où les femmes se demandent si Dieu pourra leur pardonner, l'adaptation interagit avec ces conditions macrosociales. Cet aspect est aussi évoqué dans la recherche de Poggenpoel et al., (2006) une des femmes s'est reproché d'avoir avorté et a eu un sentiment de culpabilité en lien à ses valeurs morales et éducatives, ce qui a créé un conflit interne. De plus, il a été démontré dans l'étude de Remennick et al. (2001), qui s'est penchée sur l'aspect socio-culturel en Israël, que l'échantillon se composait d'israéliennes et de russes émigrées en Israël. L'expérience de l'immigration en tant que telle a exercé une grave influence sur le post-avortement des femmes russes. Ce résultat peut refléter de réelles différences dans l'ajustement économique et psychosocial de ces deux groupes. Pour les femmes Israéliennes, les ressources matérielles et sociales auxquelles elles ont accès en cas de crise de vie peuvent compter. La connaissance de la langue, des normes, un logement permanent, un certain revenu sont des points importants. Les immigrantes sont limitées dans l'ensemble de ses ressources. De plus, la crise a été exacerbée par des problèmes d'installation, y compris le chômage, un revenu faible, de mauvaises conditions de logement et l'isolement culturel de la société d'accueil.

Et pour terminer, la deuxième condition est « la *condition microsociale* sont en lien à l'interaction avec les autres personnes. C'est l'entourage à différentes étapes de la vie, les groupes d'appartenance où il y a une proximité physique et un contact direct (Tremblay, Ibid). On voit à travers ces conditions microsociales que les proches influent aussi l'adaptation. Le niveau de dépression le plus haut et d'humeur négative a été observés chez les femmes qui l'ont dit à leur partenaire ou entourage et qui n'ont reçu aucun soutien (Alex et al., 2004). Cela montre que la capacité d'adaptation à cet événement peut être influencée par la façon dont l'entourage les soutient. Le type et la

qualité de ce soutien sembleraient se rapporter à leurs réactions émotionnelles et peut aider à expliquer la variabilité dans la façon dont les femmes réagissent. Le personnel soutenant peut aider les femmes à gérer l'expérience de l'interruption de grossesse et les souvenirs négatifs sont plus souvent liés au traitement des professionnels plutôt qu'à la procédure (Harden et Ogden, 1999, cité par Goodwin et al., 2007, p. 244). Dans l'étude de Hess (2004) ces aspects sont aussi soulignés ; l'entretien pré-avortement devrait tenir compte des effets négatifs possibles de l'avortement et avoir une attention particulière chez les femmes qui présentent un sentiment de contrainte en avortant, par manque de support familial ou du partenaire. Il a été démontré que ces facteurs augmentent le risque de dépression. Les femmes ont souligné l'importance de pouvoir se confier à quelqu'un de confiance (Halldén et al., 2008 ; Halldén et al., 2005 ; Remennick et al., 2001). Le soutien a différé selon toutes les femmes dans l'ensemble des études. Certaines ont eu des parents et amis soutenant d'autres pas. Concernant le partenaire la plupart ne se sont pas senties soutenues (Alex et al., 2004 ; Halldén et al., 2008 ; Remennick et al., 2001). La prise en charge des professionnels a aussi été évoquée dans plusieurs études. Comme citée plus haut, la façon dont les équipes soignantes vont prendre en charge les femmes vont influencer aussi sur l'adaptation à cet événement. Dans les recherches qui parlent de ce soutien, autant certaines femmes se sont senties soutenues autant pour d'autres pas du tout (Alex et al., 2004 ; Goodwin et al., 2007).

Selon Tremblay (1996) les bases d'une définition de l'adaptation sont que le psychologique et le sociologique sont inséparables, la vie comporte des frustrations qui sont inévitables et toute conduite est un effort d'adaptation. L'adaptation psychosociale peut se définir comme un équilibre entre le bien-être interne et externe. Cette recherche d'équilibre est présente dans toutes les périodes et les expériences de vie. Si la conduite humaine peut permettre de dépasser des conflits internes ou d'éliminer certaines frustrations, on peut dire que la personne est adaptée à sa réalité interne (aspect psychologique) et qu'elle est en harmonie avec elle-même et vit un certain bien-être. Si la conduite humaine permet d'éliminer des frustrations qui favorisent la réalisation des attentes macro ou micro sociales, la personne est adaptée à la réalité externe (aspect social). La personne éprouve un certain bien-être à satisfaire aux exigences externes, à respecter les normes de comportement et à ne pas enfreindre les lois implicites ou explicites (Tremblay, Ibid). Cela signifie que si les femmes peuvent trouver un équilibre dans chacune de ces réalités. Elles auront trouvé leur équilibre et ainsi auront intégré cet

événement dans leur vie, de manière à acquérir un bien-être tant au niveau psychologique que social.

Cette première partie de la discussion met déjà en lien l'adaptation et l'expérience de l'avortement. Cela donne déjà des aspects intéressants qui pourront être intégrés dans la mise en lien avec le modèle de Callista Roy.

Liens avec le concept de soi

Le regard que peuvent porter les femmes sur elle-même à travers leur expérience et ainsi que, de quelle manière elles imaginent le regard que porte les autres, fait lien avec leur concept de soi. Il y a plusieurs niveaux conceptuels du soi ; Le *soi corporel* est en rapport au physique. Les femmes ont exprimé par exemple, un sentiment de vide en lien au soi corporel. Le *soi intérieur* constitue les attitudes, les capacités, les intérêts et les émotions. Ici, nous pouvons faire le lien avec la prise de décision, plus précisément avec les raisons de leur avortement précédemment citées dans le concept d'adaptation. Diverses émotions ont été décrites dans les diverses études choisies, celles-ci ont été la culpabilité, la solitude, les regrets, la tristesse et le soulagement. Le *soi interpersonnel* inclut l'ensemble des rôles potentiels de l'individu ; âges, rôles de la famille, carrière, intérêts, valeurs. Certaines femmes ont vécu l'avortement comme une affirmation de soi, du fait qu'elle avait pris la décision elles-mêmes. Elles se sont senties responsables et capable de choisir comme l'expose les études de Trybulski (2005) Alex et al. (2004). Elles ont gagné en force, en maturité et en terme de responsabilité (Halldén et al. 2008 ; Kero et al. 2004). Le *soi sociétal* représente les identités sociales définies au niveau de la collectivité ou de la culture ; appartenance ethnique, genre, âge et religion. Ces aspects rejoignent les conditions macro-sociales développées dans le concept d'adaptation. Fiske (2008) a défini trois aspects opérationnels du concept de soi et ils sont partagés en trois ; *soi et cognition* est une représentation cognitive du soi. Focalisées sur les connaissances et croyances d'elles-mêmes (Fiske, 2008). Dans l'étude de Dykes et al. (2011), les femmes rapportent que l'interruption était la bonne décision mais maintiennent une perspective négative d'elle-même. Leur avortement était comme un secret caché dont elles avaient honte. Les femmes ont non seulement été perturbées dans leur corps mais aussi dans leur estime d'elle-même. Le fait d'avoir un avortement n'était pas problématique mais devait être valide à leurs yeux (Trybulski, 2005). *Soi et émotion*, il y en a deux types ; l'estime de soi dispositionnelle qui est une disposition

stable de la personnalité et l'estime de soi d'état qui est un regard éphémère sur soi-même. *Soi et comportement* sont la manière dont les gens essaient d'exprimer aux autres certaines identités ou images. C'est une façade positive que l'on montre au public. Le fait que certaines femmes ont voulu garder le secret et de ne pas parler de leur avortement peut montrer qu'elles souhaitaient montrer une façade positive.

Les participantes de l'étude de Dykes et al., (2011), ont eu le besoin de justifier leur décision en expliquant le contexte. Cela peut montrer le fait qu'elles avaient besoin de garder une image positive d'elle-même comme l'expose Fiske (2008) qui définit la *vérification de soi* comme étant une action qui permet d'obtenir que les autres nous voient de la façon dont on se perçoit nous même. Cela sert comme motivation sociale de base de compréhension, car les vues socialement partagées affermissent le concept de soi.

Nous avons pu voir que les femmes qui avortent parlent peu de leur avortement par peur ou par honte ou à cause du jugement de la société. Cela peut impliquer un concept de soi pas affirmé et cela explique leur malaise en lien à la peur et la culpabilité de cet événement. De plus Fiske (2008), explique que les individus paraissent œuvrer à leur *valorisation de soi* dans le sens, qu'ils désirent se voir eux-mêmes sous un éclairage positif et que les autres les voient ainsi.

Le concept de soi fait également partie du modèle de Callista Roy, il sera davantage développé au cours de la discussion en lien avec ce modèle.

Liens avec le modèle d'adaptation de Callista Roy

« Roy voit la personne comme un système en continuel processus d'adaptation face aux différents stimuli de l'environnement externe et interne qui le défient chaque jour » (Roy, 1991, cité par Cloutier, 1995, p. 32). Le choix de l'avortement est le point de départ du processus d'adaptation. Les femmes qui considéraient que la décision leur appartenait ont été capables de s'adapter à leur réaction post-avortement après quatre mois. (Kero et al., 2004). Ces résultats montrent l'importance du processus de décision dans les suites post-avortement et cela indique qu'il est primordial de donner aux femmes la possibilité de s'exprimer et doivent être encouragées à exprimer leur chagrin et leur souffrance, même quand elles ne regrettent pas leur décision (Kero et al., 2004).

Comme il est dit plus haut, la prise de décision est importante dans le début du processus d'adaptation. En effet, dans la recherche de Alex et al. (2004) : « être forcée à choisir entre donner naissance à un enfant ou avoir un avortement semble impossible, mais il peut aussi être vu comme une part difficile inhérente à la vie » (p. 165).

Du point de vue du modèle de Callista Roy qui présente plusieurs types de stimuli. « L'environnement constitue des stimuli focaux, contextuels et résiduels, auxquels l'individu fait face immédiatement et auquel il doit s'adapter ; cet élément déclenche le comportement ».

« Roy définit le stimulus focal comme étant un degré de changement auquel la personne fait face immédiatement et auquel elle doit s'adapter ; cet élément déclenche le comportement. Les comportements sont les réponses d'adaptation de la personne face aux changements dans son environnement. » (Roy 1986, cité par Cloutier, 1995, p. 32).

Dans ce cas, le stimulus focal est l'avortement lui-même mais aussi dans un premier temps la prise de la décision. Il y a aussi la grossesse, la découverte de la fertilité, un désir inattendu et intuitif d'être fertile, un sentiment de bonheur en lien à la capacité d'être enceinte, la découverte de sentiments maternels, la confirmation de la fertilité ainsi que la féminité (Halldén et al. 2004 ; 2008 ; Kero et al. 2004). Les événements autour de la procédure et du jour de l'intervention ont été marquants, cela a marqué les souvenirs de ces femmes (Hess, 2004). Les femmes doivent pouvoir s'adapter à tous ces événements. De plus, la prise en charge à l'hôpital est aussi ressortie dans certaines études, dans la recherche de Alex et al. (2004), les soignants ont été autant positifs et informatifs que froids, négatifs et ignorants. Cela a induit chez ces femmes un sentiment de honte, de tristesse, de solitude et d'incertitude. Dans l'étude de Goodwin et al. (2007) la plupart ont rapporté un personnel favorable et bienveillant. Comme l'a dit Trybulski (2005), « l'avortement n'a pas été la dernière étape de leur expérience de l'avortement mais le début de souvenirs récurrents de l'avortement. » (p. 569). L'avortement est complexe et a des effets au delà du moment de la procédure. Cela est aussi évoqué dans la recherche de Kero et al. (2004), ils évoquent l'aspect complexe et multiforme de l'avortement. Les réponses des femmes à l'avortement sont complexes. Bien qu'elles étaient satisfaites de leur décision et qu'elles n'aient pas eu de détresse en post-avortement, la moitié a tout de même relié l'avortement à des sentiments aussi bien douloureux que positifs après une année.

Les stimuli contextuels sont le stade développemental, le contexte familial, l'absence de support, qui peuvent contribuer aux comportements provoqués par le stimulus focal. A travers les résultats des études, on peut voir ces différents stimuli. Dans l'étude de Halldén et al. (2005 ; 2008), les femmes avaient entre 18 et 20 ans. Elles étaient donc au début de leur âge adulte et dans les interviews, elles ont expliqué les raisons pour lesquelles elles avaient choisi d'avorter. Le fait d'être jeune, de ne pas encore avoir un travail, de vouloir poursuivre des études, le fait de ne pas encore être indépendante financièrement ont été mentionnés. Il semblait donc juste pour ces jeunes femmes de prendre cette décision. Le rejet de paternité a aussi figuré dans l'étude de Remennick et al. (2001). Le fait d'avoir une relation instable fait aussi parti des stimuli contextuels (Remennick et al 2001 ; Halldén et al. 2005). Dans la recherche de Goodwin et al. (2007) les croyances au sujet de la société ont aussi été un point important dans l'expérience de l'avortement. La façon dont les femmes perçoivent l'évolution de leur état émotionnel semble aussi être mêlé à leurs croyances sur la manière dont la société considère l'avortement. Certaines femmes ont eu le sentiment que la société avait une vision négative de l'avortement. Par contre, cette évaluation négative n'est pas toujours associée à une réponse négative. Les opinions sociales et les réactions émotionnelles semblent avoir une relation compliquée. Il semblerait que les femmes ont tout d'abord une réaction émotionnelle qui est sans rapport avec leur croyance sur la société. Elles réagissent donc de manière positive ou négative selon ce que va pouvoir penser la société. Les femmes qui estiment que la société les juge vont soit persister dans leur réaction positive mais en renvoyant à la société un modèle de bouleversement persistant comme des valeurs sociales qu'elles perçoivent au dessous de ce qu'elles vivent. Mais si elles pensent que la société banalise l'avortement alors qu'elles sont bouleversées par cet événement, elles ressentent que leurs réactions émotionnelles n'ont pas été reconnues et se sentent alors en contradiction avec le monde qui les entoure. Quant les femmes cherchent une confirmation du point de vue de leur sentiment dans la société, il semble qu'elles cherchent souvent le contraire. Cette étude suggère que les perceptions des femmes du point de vue social concernant l'avortement, peut influencer l'expérience d'une femme de l'avortement, mais également modifier la façon dont elle construit ses vues de la société (Goodwin, Ibid).

Les stimuli résiduels sont les croyances, les valeurs et la religion, lesquels peuvent influencer les comportements, mais dont il est impossible de vérifier les effets. Les

femmes ne voulaient pas être un parent unique et elles voulaient croire à la famille heureuse. (Alex et al., 2004). De plus, leur situation financière a été déterminante, elles voulaient pouvoir offrir à un enfant ce dont il avait besoin (Trybulski, 2005 ; Halldén et al. 2005). Cela montre que ce choix est en lien avec des valeurs. La peur pour leur fertilité future a aussi été évoquée, elles avaient peur de ne plus pouvoir devenir mère à nouveau et ainsi de regretter leur avortement (Halldén et al. 2008 ; 2005 ; Dykes et al. 2011). Le contexte socio-politique de l'avortement ainsi que les valeurs sociales et individuelles face à l'avortement, représentent les stimuli contextuels et résiduels. « Il a été démontré que même dans les pays où l'avortement est pratiqué libéralement, l'accès à l'avortement dans le secteur médical publique est entouré par l'atmosphère de jugement moral, ce qui rend l'expérience très désagréable. » (Harden et Ogden, 1999, cité par Remennick et al al. 2001, p. 63).

Les onze articles de recherche ont permis d'identifier différents stimuli dans le contexte de l'avortement. Nous pouvons voir que ces différents stimuli vont influencer la manière dont les femmes vont s'adapter à l'avortement. On a pu voir que le contexte focal était l'avortement lui-même, celui-ci est un événement complexe dans la vie des femmes. L'importance de connaître ces axes/points clés, afin d'agir sur ceux-ci afin que les femmes puissent s'adapter au mieux à cet événement. Ces aspects de l'avortement donnent un aperçu de l'expérience même de l'avortement et les stimuli auxquelles les femmes font face. Pour faire le lien avec le concept précédemment développé de l'adaptation, la marge de liberté, l'histoire personnelle, les conditions macro-micro, rejoignent les différents axes de l'expérience. Le jour de l'intervention, les soignants jugeants a démontré que cela pouvait être traumatisant et avait une influence sur la vie des femmes. En tant que soignant nous pouvons agir en prenant une attitude non-jugeante, être à l'écoute de ces femmes et de leur histoire, accepter leur choix et de leur personne. Il a été démontré que les femmes ont été perturbées à la vision du fœtus à l'avortement, elles doivent ainsi pouvoir être préparées. « La perception qu'ont les femmes de la façon dont leurs émotions ont changés au fil du temps semble donc être intégrée dans le langage utilisé pour décrire le fœtus et la manière dont ce langage reflète la relation des femmes avec le fœtus et la grossesse. Ces résultats sont comparables à ceux rapportés par Conklin et O'Connor (1995) ont comparé les femmes qui ont subi un avortement et celles qui n'en avaient pas eu un avortement sur la base du bien-être psychologique. Ils ont constaté que les femmes qui ont subi un avortement et

qui avaient tendance à considérer le fœtus plus humain, avaient un bien être plus faible que les femmes qui n'avaient pas eu d'avortement. Les femmes qui ont eu un avortement et avaient tendance à voir le fœtus comme pas humain, étaient aussi bien équilibrées que celles qui n'avaient pas eu d'avortement. » (Goodwin et al. Ibid, p. 242). De plus, les résultats de cette étude montre l'importance de la préparation des professionnels de la santé dans le contexte de la vision du fœtus. En effet, des recherches antérieures ont montré que la vision du fœtus peut entraîner une plus grande détresse émotionnelle immédiatement après l'avortement (Simonds et al, 1998, Slade, Heke, Fletcher, et Stewart, 2001 cité par Goodwin et al, 2007). Diminuer au maximum les choses stressantes du jour d'intervention car il a aussi été raconté que ce jour a été particulièrement éprouvant. Comme il a été souligné dans une étude, le personnel soutenant peut aider les femmes à gérer l'expérience de l'avortement. Les souvenirs négatifs sont plus souvent lié au traitement des professionnels plutôt qu'à la procédure (Harden et Ogden, 1999, cité par Goodwin et al., 2007, p. 244). Comme le propose Callista Roy, lors du recueil de données nous pouvons être attentifs aux différents stimuli déjà présents dans leurs vies.

Callista Roy définit trois modes psychosociaux qui sont le concept de soi, la fonction de rôle et l'interdépendance. Ces modes sont les différentes réponses d'adaptation, qu'elles soient efficaces ou inefficaces.

Le concept de soi

Selon Callista Roy, le concept de soi se compose de deux sous-dimensions ; le soi physique (composé de deux composantes : la sensation corporelle et l'image corporelle) et le soi personnel (incluant trois composantes la consistance de soi, le soi idéal et le soi moral-éthique-spirituel). L'estime de soi est définie telle une perception que l'individu a de sa valeur, et elle se trouve inhérente à chaque composante du concept de soi. Dans ce mode, je vais privilégier le soi personnel étant donné que davantage d'éléments ont été exposés dans les résultats des divers articles.

Concernant le *soi moral-éthique-spirituel*, Roy le décrit comme étant l'aspect du soi personnel qui observe, met les normes, rêve, compare, et surtout évalue la personne et qui dit qui elle est. Il juge si les perceptions sont désirables ou non. Les évaluations faites par ce soi moral-éthique-spirituel influencent la valeur et l'estime que l'individu a

de lui-même. Les problèmes du soi moral-éthique-spirituel prennent souvent la forme de la culpabilité (Roy, 1983). Le fait que les femmes aient une idée positive de l'avortement mais pas de leur propre avortement (Alex et al. 2004), fait référence à leur soi moral-éthique-spirituel. Cela démontre que leur regard portait sur des normes auxquelles se tenir. Ainsi, dans l'étude de Dykes et al. (2011), les femmes rapportent que l'interruption était la bonne décision mais maintiennent une **perspective négative d'elle-même**. Leur avortement était comme un secret caché dont elles avaient honte. Les femmes ont non seulement été perturbées dans leur corps mais aussi dans leur estime d'elle-même et le fait d'avoir un avortement n'était pas problématique mais devait être valide à leurs yeux (Trybulski, 2005).

Les sentiments liés à l'avortement montrent que cela a été vécu d'une manière positive et négative (Halldén et al. 2005). La recherche de Goodwin et al. (2007) a étudié les réponses émotionnelles et ils ont découvert quatre types de changement. Cela montre la variabilité des réactions. Les réactions à l'intervention ont été la **tristesse**, les remords et le **soulagement** (Hess, 2004 ; Remennick et al. 2001 ; Kero et al. 2004). Dans l'étude de Remennick et al (2001), qui ont comparé deux groupes de femmes dans un contexte interculturel, un quart des femmes israéliennes et un tiers des femmes russes ont exprimé de la tristesse, des insomnies, des difficultés de concentration, de la fatigue et autres signes de dépression. Par rapport à la détresse, la prise de décision a été marquante et avec une lutte interne. Celles qui avaient hésité entre la naissance, l'interruption et l'indécision ont souvent persisté après l'avortement et ont conduit à des vagues de **regrets** et de culpabilité. Dans l'étude de Dykes et al (2011), l'aspect émotionnel est ressorti à travers les interviews, les femmes ont parlé avec beaucoup d'émotions de leur avortement, elles ont exprimé de la tristesse et ont considéré l'intervention comme un événement indélébile dans leur histoire faisant d'elles des personnes « endommagées ». Le regret a aussi été exprimé malgré la certitude d'avoir fait le bon choix. La culpabilité a également été mentionnée. Dans l'étude de Trybulski (2005), le regret, le sentiment de vide, la culpabilité et la colère ont été présentes par intermittence. Ces manifestations émotionnelles ont aussi été soulignées dans l'étude de Poggenpoel et al. (2006).

Le sentiment de vide a été aussi abordé dans deux autres recherches (Halldén et al 2008 ; Alex et al. 2004). L'étude de Halldén et al. (2008) montre des sentiments

contradictoires comme la douleur et le soulagement. **Douleur liée au fait d'enlever un enfant à naître** et le soulagement lié à la réussite de l'avortement et le retour à la normale. De plus, les pensées liées à l'avortement sont parfois devenues récurrentes et intrusives pour certaines (Trybulski, 2005 ; 2007). Concernant la culpabilité, Roy (1983) la définit en lien avec le soi moral-éthique-spirituel, ce dernier est « une perception de l'individu envers lui-même de ce qui est juste ou faux, bien ou mal en lui. Lorsque les perceptions sont transgressées, des sentiments de culpabilité en résulteront » (Roy, 1983, p. 253). Roy (1983) propose lors de l'évaluation de culpabilité de favoriser l'adaptation en manipulant les facteurs influençant cette culpabilité. Le contexte socio-politique de l'avortement peut rendre ses perceptions négatives et donc amener davantage de culpabilité en lien avec leur soi moral-éthique-spirituel. Dans le concept d'adaptation cela fait lien avec les conditions macro-sociales et va donc influencer cette adaptation. Dans l'article de Poggenpoel et al., (2006) une des femmes s'est reprochée d'avoir avorté et a eu un sentiment de culpabilité en lien à ses valeurs morales et éducatives, ce qui a créé un conflit interne.

Dans le cas de l'étude de Dykes et al. (2011), les femmes étant en ménopause ont souligné la perte de la fertilité. Dans les récits elles ont exprimées le fait de ne plus avoir le droit d'exprimer de la tristesse à ne plus pouvoir avoir d'enfants. Il s'agit plutôt que ce droit a été perdu quand elles ont avorté et elles ont exprimé devoir accepter leur état actuel ; elles méritent en quelque sorte cette punition. Ces femmes expriment à travers ce récit, la culpabilité d'avoir avorté en lien à leurs valeurs. La personne s'efforce de toujours maintenir sa *consistance du soi* et d'éviter ainsi le déséquilibre (Lecky, 1969, cité par Roy, 1983). Les femmes ont vécu l'avortement comme une affirmation de soi, elles se sont senties responsables et capables de choisir par elle-même. (Trybulski, 2005 ; alex et al. 2004). Elles ont gagné en force, en maturité et en terme de responsabilité (Halldén et al. 2008 ; Kero et al. 2004). La capacité des femmes à affronter des **sentiments douloureux et contradictoires** montre qu'elles peuvent y faire face et elles le ressentent comme un début d'un processus de maturation (Kero et al. 2004). Cela montre des réponses efficaces d'adaptation. De plus, ces différentes réactions ont permis de maintenir un équilibre.

Les réponses dans ce mode d'adaptation ont été une perspective d'elle-même, des émotions telles que tristesse, soulagement, regret, culpabilité, affirmation de soi,

sentiments douloureux et contradictoires. Ces diverses réponses montrent les différents axes de l'expérience de l'avortement. Callista Roy propose un premier niveau d'évaluation concernant les comportements dans chaque mode d'adaptation. Le deuxième niveau d'évaluation porte sur les stimuli focaux, contextuels et résiduels. Lors de la récolte de données, il est donc important d'évaluer ces différentes réponses et de prendre en considération les différents stimuli. Les conditions macro sociales, la marge de liberté, l'histoire personnelle et les conditions micro-sociales peuvent aussi être évaluées précédemment développées dans le concept d'adaptation.

La fonction de rôle

Callista Roy définit la fonction de rôle comment ayant trait à l'ensemble des tâches entreprises par un individu détenant un titre particulier par rapport aux comportements que la société attend de lui pour réaliser et maintenir son titre. Les jeunes femmes suédoises ont vécu leur avortement sans émotions négatives concernant la désapprobation sociale de leur grossesse et avortement. Ce résultat reflète la culture contemporaine suédoise où il est une norme de société que le droit à la sexualité et à la maîtrise de la fécondité. Dans les cultures valorisant la natalité, le désir des femmes à contrôler leur fertilité peut être limité par des normes sociales. Par conséquent, les avortements ne sont généralement pas acceptés. L'étude de Kero et al. (2004) indique que dans un pays comme la Suède où les femmes et les hommes sont indépendants financièrement, la plupart des femmes prennent le droit de renoncer à la maternité. L'étude indique aussi que les femmes peuvent trouver controversé le fait qu'elles vivent l'avortement comme un soulagement. De toute évidence, les attitudes du public envers l'avortement a un impact sur les attentes et réactions des femmes qui décident d'avorter. A l'inverse, fonder une famille et devenir mère sont des notions appréciées dans la plupart des sociétés. Dans la majorité des contextes culturels, la féminité est associée à la maternité. De plus, l'avortement est une question controversée, qui traite et touche des questions existentielles de vie et de mort. A partir de cela, il pourrait être considéré comme offensant et choquant que les femmes renoncent à la maternité et également à l'expérience de soulagement et du bien être en post-avortement. Dans l'étude de Remennick et al. (2001), le contexte des femmes a particulièrement été développé, on peut donc supposer que la capacité d'adaptation va être plus difficile dans l'immigration. Dans cette recherche, même les femmes israéliennes moins fortunées et instruites, faisant partie de la société en général, leur donne une sécurité dans la vie

quotidienne. Les ressources matérielles et sociales auxquelles elles ont accès en cas de crise de vie peuvent compter. Cela se réfère aux conditions macro/micro sociales développées dans le concept d'adaptation. De plus, les israéliennes avec un accent russe se sentent souvent jugées par les professionnels de santé. Il est démontré que même dans les pays où l'avortement est pratiqué libéralement (Angleterre, Australie) celui-ci est entouré par l'atmosphère de jugement moral, ce qui rend l'expérience désagréable (Harden et Ogden, 1999, cité par Remennick et al. 2001). Ils ajoutent que la capacité d'adaptation et de résilience de certaines femmes peut être plus difficile et augmenter les réactions post-avortement négatives.

La détresse émotionnelle était similaire entre ces deux groupes mais la crise a été exacerbée chez les femmes immigrées liées à des problèmes de chômage, de revenu faible, de mauvaises conditions de logement et l'isolement culturel de la société d'accueil.

L'avortement a souvent été une histoire cachée par peur du regard social ou par peur de la réaction de leur famille. La honte a aussi été nommée. (Hess, 2004 ; Trybulski, 2005 ; Dykes et al, 2011). Le jugement des autres a été perçu comme négatif, certaines se sont senties jugées. La perception de ce jugement a aussi été ressentie de la part du personnel médical et infirmier (Dykes et al. 2011). Par contre ce n'a pas été le cas dans l'étude de Halldén et al (2005), les jeunes femmes ont vécu leur avortement sans émotions négatives concernant la désapprobation sociale. Ce résultat reflète la culture contemporaine suédoise. Comme l'explique Kero et al. (2004), dans les cultures valorisant la natalité, le désir des femmes à contrôler leur fertilité peut être limité par les normes sociales. Fonder une famille et devenir mère sont des notions appréciées dans la plupart des sociétés. Dans la majorité des contextes culturels, la féminité est associée à la maternité. De plus, l'avortement est une question controversée, lié aux questions existentielles de vie et de mort. Dans l'étude de Goodwin et al. (2007), les aspects liés à la société sont aussi abordés. En effet, l'étude a montré que les croyances liées à la société sont un point important dans l'évolution de leur état émotionnel.

Dans ce mode, les réponses des femmes sont indirectement citées. La culture, la société, les normes sociales, les contextes culturels ainsi que les conditions macro/micro sociales sont évoquées. Ils font référence aux différents stimuli auxquels les femmes font face. Il y a parfois une atmosphère jugeante de la part des professionnels lors de

l'intervention. Il paraît primordial pour les soignants d'avoir une attitude qui montre le non-jugement, l'écoute active, l'acceptation et l'empathie et ainsi donc d'agir sur ce stimuli qui favorisera une meilleure adaptation. Les femmes gardent souvent l'avortement comme une histoire cachée par honte. Il faut offrir aux femmes la possibilité de parler et d'avoir une écoute afin qu'elles se sentent libre de parler et ainsi se sentir moins honteuses. Certaines femmes se sont senties jugées. De plus, l'avortement reste un sujet controversé même dans les cultures libérales.

L'interdépendance

Selon Callista Roy l'interdépendance fait référence aux relations interpersonnelles intimes entre les personnes incluant le désir et la capacité d'aimer. Il fait également référence au fait de respecter et de valoriser les autres, d'accepter et de répondre à leur amour, au respect et à la valorisation venant des autres. Dans l'étude de Trybulski (2005), la plupart des femmes se sont senties pressées de prendre leur décision et voulait une résolution rapide. De plus les femmes de l'étude de Dykes et al. (2011) ont eu besoin de justifier leur décision en expliquant le contexte. Comme l'explique Fiske (2008) les individus paraissent œuvrer à la valorisation de soi dans le sens qu'ils désirent, se voir eux-mêmes sous un éclairage positif et que les autres les voient ainsi.

« La littérature qui traite de l'adaptation post-avortement, met l'accent sur le rôle des autres dans l'état psychologique d'une femme y compris sa perception du soutien des autres et l'état de ses relations (Coleman et al., 2005, cité par Dykes et al, 2011, p.107) (...) De ce fait, les perceptions et les attitudes qui en résultent, continuent à influencer non seulement l'individu mais également son interaction avec les autres. » (Dykes et al., Ibid)

Les participantes de cette étude ont souligné l'importance de pouvoir parler avec une tierce personne neutre pour qu'elles puissent partager leurs pensées et leur tristesse. Certaines femmes avaient porté seules cet événement par peur de jugement. Le fait de pouvoir parler a aussi été souligné dans la recherche de Remennick et al. (2001) et Halldén et al. (2005). Dans l'étude de Remennick et al. (2001), ils ont remarqué que les femmes qui avaient des difficultés d'adaptation avaient généralement une résilience plus faible dans toutes les crises de la vie. Plusieurs femmes en ont parlé une fois avec leur partenaire mais plus jamais après cela. Dans l'étude de Trybulski (2005), les femmes se sont senties seules et cette expérience a été marquée par la solitude. Les problèmes liés au mode de l'interdépendance prennent souvent forme de solitude (Roy,

1983). En effet, « le besoin d'appartenance est à la base du mode d'adaptation de l'interdépendance. (...) Le fait d'être en contact engendre un sentiment d'union avec soi et les autres. (...) Les proches sont capables d'agir en donnant de l'affection. En conséquence, la personne se sent aimée et importante ; elle satisfait ses besoins d'affection et d'appartenance. Elle a appris à rechercher l'attention, l'affection et l'aide d'une façon positive afin de satisfaire ses besoins. L'aliénation est l'état ou le sentiment d'être étranger (à soi-même ou aux autres) ou séparé (de soi-même ou des autres). Nous développons ces sentiments d'aliénation lorsque nos proches ne répondent pas à nos attentes d'affection. Cette privation de contact conduit à un sentiment de n'être pas désiré, pas apprécié des autres et ici se tiennent les sources de la solitude » (Roy, 1983, p. 434). Elles avaient souvent des relations difficiles avec leur partenaire et/ou leur famille. Les femmes avec des relations déjà dysfonctionnelles ont été particulièrement vulnérabilisées (Trybulski, 2005). Cela peut encore accroître la solitude de certaines femmes. Il paraît donc essentiel d'envisager la solitude et d'en évaluer la condition micro sociale. D'autres études ont décrit le soutien comme étant positif. C'est le cas de l'étude de Alex et al. (2005) mais les femmes ont malgré tout été peu soutenues par leur partenaire, cela a aussi été le cas dans la recherche de Trybulski (2005). Hess (2004), dit que il a été démontré dans la littérature qu'il y a des possibilités d'effets négatifs de l'avortement, l'entretien pré-avortement devrait tenir compte de ces aspects et avoir une attention particulière chez les femmes qui présentent un sentiment de contrainte en avortant, par manque de support familial ou du partenaire. Il est démontré que ces facteurs augmentent le risque de dépression.

Un autre élément qui ressort des différentes interviews des études sélectionnées a été le **désir d'oublier**. Les femmes ont essayé d'oublier et d'éviter de penser à cet événement (Dykes et al. 2011 ; Remennick et al. 2001). Elles ont essayé de fuir les souvenirs et de provoquer l'oubli actif. Elles ont pris la décision de l'oublier. Les femmes de l'étude de Dykes et al. (2011) ont spontanément utilisé le terme « refoulement » comme stratégie. Elles se sont senties détachées de l'expérience de l'avortement. Malgré tout, les souvenirs semblent revenir malgré le fait d'essayer d'oublier. Une autre stratégie utilisée pour alléger la charge de l'avortement a été d'éviter de penser au fœtus comme un être humain potentiel. Pour soulager la douleur, les femmes étaient dans la fuite de **la considération de l'enfant à naître**. Une façon de fuir cette douleur était de voir

l'avortement médical comme une sorte de fausse couche naturelle et ainsi le partager avec le personnel de santé (Halldén et al. 2008).

On a pu voir dans les résultats que selon comment les femmes **perçoivent le fœtus** cela va influencer le post-avortement. En effet, comme le dit l'étude de Goodwin et al. (2007), celles qui ont considéré le fœtus comme moins humain ont été moins bouleversées ou ont eu un rétablissement linéaire en post-avortement. De plus, pour certaines femmes, leur image du fœtus a été influencée par le choix de la méthode. Deux femmes ont été particulièrement **bouleversées de voir le fœtus** lors de l'avortement médicamenteux. Elles ont exprimé une réévaluation négative et un bouleversement persistant. Il semble donc important pour les professionnels de santé, d'avoir conscience de cet élément et ainsi de les accompagner et les préparer à la vision du fœtus, car cela peut entraîner une plus grande détresse émotionnelle immédiatement après l'avortement.

Les différentes réponses liées à l'interdépendance ont été le besoin de justifier sa décision, le fait de porter seule le poids de cet événement, la solitude, le désir d'oublier, la fuite de l'idée d'un enfant, le bouleversement lié à la vision du fœtus, les relations parfois vulnérabilisées. Les femmes ont évoqué le besoin de pouvoir parler à une tierce personne de leur expérience. Il semble donc important dans la prise en charge infirmière de proposer cette écoute. Il peut aussi être proposé aux femmes avec des difficultés des structures proposant des entretiens post-avortement. L'infirmière peut évaluer les différents stimuli qui peuvent amener à ces réponses afin d'agir sur celles-ci. Concernant la solitude, il faut évaluer les conditions micro sociales et ainsi identifier les stimuli qui influencent cette solitude. De cette façon, les femmes vont réagir différemment à l'avortement et cela va amener à des réponses efficaces ou inefficaces. Le rôle de l'infirmière consiste à évaluer ces réponses et aussi les facteurs qui influencent ces réponses, afin d'augmenter, de rétablir ou de maintenir les réponses efficaces du client face aux stimuli de son environnement (Roy, 1991, cité par Cloutier, 1995).

5.2 Réponse à la question de recherche

Les résultats recueillis dans l'analyse ont permis de montrer les difficultés de l'expérience de l'avortement et la complexité de cet événement. Le modèle de Callista

Roy a permis d'identifier les différents stimuli dans le contexte de l'avortement et d'analyser les différentes réponses. Les différents modes d'adaptation ont permis de mettre en évidence les—diverses réponses variables et de proposer des interventions infirmières. Ces résultats ont également permis de mettre en lumière les multiples axes de l'expérience de l'avortement afin de mieux comprendre le sens que donne les femmes à l'interruption volontaire de grossesse.

La question de recherche était :

« Quelles stratégies/interventions peuvent favoriser l'adaptation à l'avortement dans une prise en charge infirmière ? »

Les divers résultats d'analyse proposent des stratégies que les infirmières peuvent utiliser, celles-ci sont : l'évaluation des stimuli comme les conditions macro/micro sociales, l'histoire personnelle, la marge de liberté ainsi que les stimuli focal tels que le jour de la procédure en préparant et en accompagnant lors de la vision du fœtus. Préserver les femmes de moments pouvant amplifier le stress. Évaluer les stimuli contextuels en tenant compte du stade développemental, du contexte familial et du soutien reçu. Et pour terminer, évaluer les stimuli résiduels en prenant compte les croyances et les valeurs.

De plus, les réponses ainsi que les émotions peuvent être évaluées. Il faut donner la possibilité de s'exprimer. Nous pouvons identifier s'il y a des signes de culpabilité en lien aux conditions macro sociales et agir sur les facteurs influençants ; identifier des signes de solitude, en relation avec le partenaire et/ou la famille par rapport aux conditions micro sociales. Il est également important de pouvoir évaluer le contexte de prise de décision. Les professionnels de santé doivent pouvoir adopter une attitude non jugeante, pratiquer l'écoute active concernant les femmes et leur histoire, accepter et respecter le choix. Ils peuvent donner la possibilité de parler et d'être écouté. Les professionnels doivent être capable d'être conscient et prendre en compte la culture, la société, les normes, les contextes culturels, les conditions micro/macro sociales, qui influent sur le vécu de l'avortement.

6 Conclusion

Dans la dernière partie de cette revue, les conséquences pour les soins infirmiers ainsi que les besoins de recherches supplémentaires vont être exposés. Enfin, les points forts et les points faibles de ce travail ainsi que le mot de l'auteur seront présentés.

6.1 Conséquences pour les soins infirmiers

Les divers résultats récoltés dans les études sélectionnées indiquent que les réponses à l'expérience de l'avortement peuvent être variées. La plupart des femmes n'auront pas d'effets négatifs suite à l'interruption de grossesse. Certaines recherches ont montré l'aspect récurrent des pensées liées à l'avortement et la variabilité des réactions. Il y a plusieurs facteurs qui vont influencer la façon dont les femmes vont vivre cet événement. Les professionnels de la santé doivent pouvoir être conscient de cette complexité afin de mieux comprendre cette expérience. L'étude de Halldén et al. (2008) signale que les soins des professionnels devraient être caractérisés par l'engagement et fondés sur une perspective éthique du patient. Dans cette perspective, une jeune femme devrait être considérée comme la personne la plus appropriée pour prendre soin de sa propre situation de vie. Le fait de reconnaître la difficulté de cette prise de décision et de cet événement pourrait également permettre aux professionnels de la santé de prendre en charge les femmes plus aisément.

En lien avec la problématique, les démarches de l'avortement en Suisse se font par une consultation avec le gynécologue. Dans d'autres pays, notamment la France, les femmes ont un entretien pré et post avortement avec des professionnels de la santé. Selon l'analyse des résultats de cette revue de littérature, il pourrait être pertinent que la Suisse ait les mêmes démarches. De plus, les interventions proposées pourraient être mieux appliquées sur le suivi des femmes en pré avortement, le jour de l'intervention et en post-avortement. L'adaptation à l'avortement pourrait être ainsi optimisée. Nous avons pu voir que la prise de décision est le début du processus, une consultation pré-avortement avec des professionnels de la santé permettrait de bien évaluer les circonstances de l'avortement.

6.2 Besoins de recherches futures

Les diverses études sélectionnées portaient sur l'expérience de l'avortement. Toutes les études étaient des recherches à devis qualitatif et la plupart des échantillons étaient de petite taille. De ce fait, ces expériences ne peuvent pas être généralisées. Il serait intéressant de réaliser une recherche avec plus de participantes, afin de voir si les résultats concordent avec ce présent travail.

Il serait bénéfique d'approfondir des recherches sur le long terme car peu de recherches se sont penchées sur les effets de l'avortement au long terme. En effet, peu de choses sont connues sur comment les femmes intègrent cette expérience dans leur vie et le sens qu'elles y donnent. Les bases de connaissances sur les réactions à l'avortement sont limitées. Les pensées récurrentes en lien à l'avortement sont ressorties dans plusieurs études et il serait intéressant de poursuivre ou d'axer des recherches sur ces pensées récurrentes.

Ensuite, comme l'expose Alex et al. (2004) peu de recherches se sont penchées sur le processus de décision. Il pourrait être intéressant d'approfondir cette partie-là de l'expérience car elle est le début du processus d'adaptation à l'avortement et qu'il me semble être déterminant dans les réactions post-avortement. De plus ces auteurs proposent des recherches sur l'impact du partenaire en lien avec l'expérience des femmes de l'avortement. Cela est également un aspect qui pourrait être davantage exploré. Cette revue a pu montrer les différentes réactions du partenaire et dans quelle mesure cela influe sur la réaction post-avortement, ainsi cela pourrait compléter les connaissances de l'expérience.

Dans les recherches sélectionnées pour cette revue, toutes n'amènent pas à des réponses entièrement négatives mais montrent que l'avortement est un événement complexe et que c'est un réel événement de vie qui peut marquer la vie des femmes. Ce travail a pu mettre en évidence les aspects qui peuvent influencer sur l'adaptation à l'avortement des femmes. Cela pourrait être une piste de recherche pour identifier les réelles barrières que peuvent rencontrer les femmes dans l'adaptation à cet événement de vie. Le rôle du contexte socio-culturel notamment me semble être un aspect très intéressant à développer davantage dans de futures recherches.

Pour terminer, une dernière proposition porterait sur l'influence des soignants dans l'expérience de l'avortement. Cela permettrait de réelles améliorations dans la prise en charge et ainsi rendre attentifs les professionnels de la santé sur leur impact face à l'expérience des femmes.

6.3 Points forts et points faibles de ce travail

Au point de vue méthodologique, une des études manquait de rigueur par rapport à la structure de la recherche. Une autre étude ne respectait pas pleinement les aspects éthiques. Malgré tout, ces recherches ont été maintenues pour leur contenu qui était intéressante par rapport à la thématique de ce travail.

Toutes les recherches se situaient entre 2001 et 2011 ce qui permet d'avoir une vision actuelle. Par contre, certaines études ont porté sur l'expérience de l'avortement à long terme. Les femmes interviewées avaient parfois vécu cette expérience il y a quinze ans. Il peut donc y avoir des éléments qui ont changés aujourd'hui, par rapport à des femmes avortant à ce jour. Malgré tout, cela a permis de voir également le vécu de l'avortement sur le long terme.

Concernant la participation des femmes à ces diverses études, nous ne pouvons savoir si celles ayant refusé l'ont fait car elles considéraient cet événement comme minime. Elles n'avaient rien à faire partager ou cela était encore trop difficile pour elles d'en parler. Malgré tout, les participantes des diverses études donnent leur vécu et cela a démontré des réponses variées en lien aux différents aspects qui peuvent influencer l'expérience de l'avortement.

Pour terminer, la réalisation d'une revue de littérature était expérimentée pour la première fois. Il est donc probable qu'il y ait quelques éléments qui ne soient pas parfaits et par conséquent, y avoir des choses manquantes.

6.4 Le mot de l'auteur

Le choix de ce sujet a été influencé par une expérience de stage vécue au cours de ma formation. Ainsi, j'avais l'envie de connaître ce que pouvait vivre une femme qui décidait d'avorter. Découvrir ce qu'on pourrait améliorer dans la prise en charge

infirmière lors d'une interruption de grossesse. Ce travail m'a permis de connaître l'expérience des femmes qui avortent et ces différentes facettes. J'ai trouvé très enrichissant de découvrir cette expérience et cela m'a aidé à avoir une vision de ce que peuvent ressentir les femmes qui avortent et ainsi faciliter la prise en charge.

7 Bibliographie

7.1 Ouvrages

Brunner et Suddarth. (1994). *Soins infirmiers en médecine et chirurgie : appareil respiratoire*. Bruxelles : De Boeck.

Clerget, S. (2007). *Quel âge aurait-il aujourd'hui ? Le tabou des grossesses interrompues*. Paris : Fayard.

Fiske, S. (2008). *Psychologie sociale*. Bruxelles : De boeck.

Ghédighian-Courier, J-J. (2000). *Avortement, l'impossible avenir*. Paris : L'Harmattan.

Loiselle, C. G., Profetto-McGrath, J., Polit, D. F. & Tatano Beck C. (2007). Chapitre 7: Trouver de la documentation et en faire l'analyse. *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. (pp. 138-157). Québec: ERPI.

Roy, C. (1983). *Introduction aux soins infirmiers : le modèle de l'adaptation*. Ecole genevoise de soins infirmiers- Le bon secours, Genève : Imprimerie Jean Petey.

Tamian-Kunégel, I. (1997). *L'avortement et le lien maternel*. Lyon : Chronique sociale.

Tremblay, M. (1996). *L'adaptation humaine*. Montréal : Editions Saint-Martin.

7.2 Articles

Charles, V., Polis, C., Sridhara, S., Blum, R. (2008). Abortion and long-term mental health outcomes: a systematic review of the évidence. *Contraception*. 78, 436-450.

Cloutier, Johanne. (1995). Réponses psychosociales d'adaptation à l'interruption volontaire de grossesse d'un groupe d'adolescentes. *Recherche en soins infirmiers*. N°41.

Rizzardo, R., Magni, G., Desideri, A., Cosentino, M., Salmaso, P. (1992). Personality and psychological distress before and after legal abortion : a prospective study. *J. Psychosom. Obstet. Gynaecol.* 13, 75-91.

Robinson, G., Stotland, N., Russo, N., Lang, J., Occhiogrosso, M. (2009). Is there an « abortion trauma syndrome »? Critiquing the evidence. *Harv Rev Psychiatry*. Vol. 17, Number 4, 268-290.

Recherches incluses

Alex, L., Hammarström, A. (2004). Women's experience in connection with induced abortion – a feminist perspective. *Nordic College Sciences*. 18. 160-168.

Dykes, K., Slade, P., Haywood, A. (2011). Long term follow-up of emotional experiences after termination of pregnancy : women's views at ménopause. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. Vol. 29. 93-112.

Goodwin, P., Ogden, J. (2007). Women's reflections upon their past abortions : An explanation of how and why emotional reactions change over time. *Psychology and Health*. 22(2). 231-248.

Halldén, B-M., Christensson, K., Olssen, P. (2008). Early abortion as narrated by young Swedish women. *Nordic College Sciences*. 23. 243-250.

Halldén, B-M., Christensson, K., Olssen, P. (2005). Meaning of Being Pregnant and Having Decided on Abortion: Young Swedish Women's Experiences. *Health Care for Women International*. 26. 788-806.

Hess, R. (2004). Dimensions of Women's Long-Term Postabortion Experience. *American Journal of Maternal Child Nursing*. Vol 29. 193-198.

Kero, A., Högberg, U., Lalos, A. (2004). Wellbeing and mental growth-long term effects of légal abortion. *Social Science & Medicine*. 58. 2259-2569.

Poggenpoel, M., Myburgh, CPH. (2006). Women's experience of termination of a pregnancy. *Curationis*. 29(1). 3-9.

Remennick, L., Segal, R. (2001). Socio-cultural context and women's experiences of abortion: Israeli women and Russian immigrants compared. *Culture, Health & Sexuality*. Vol. 3. 49-66.

Trybulski, J. (2005). The long-Term Phenomena of Women's Postabortion Experiences. *Western Journal of Nursing Research*. 27(5). 559-576.

Trybulski, J. (2006). Women and abortion: the past reaches into the present. The author, *Journal compilation*. 683-690.

7.3 Pages internet

Organisation mondiale de la santé (2011). *Méthodes médicamenteuses d'avortement au cours du premier trimestre de la grossesse*. [Page WEB]. Accès : <http://apps.who.int/rhl/fertility/abortion/dgcom/fr/index.html> [Page consultée le 16 mai 2011].

Avortement - interruption de grossesse. *Pour le droit au libre choix*. [Page WEB]. Accès : <http://www.svss-uspda.ch/fr/avortement.htm> [Page consultée le 16 mai 2011].

Guide social romand. (2011). *Fiche cantonale : avortement*. [Page WEB]. Accès : <http://www.guidesocial.ch/fr/fiche/414/> [Page consultée le 16 mai 2011].

Fondation Genevoise pour la Formation et la Recherche Médicale. *Interruption volontaire de grossesse*. [Page WEB]. Accès : <http://www.gfmer.ch/Cours/IVG.html> [Page consultée le 16 mai 2011].

Observatoire Suisse de la santé. Office fédérale de la statistique. *Nombre d'interruption de grossesse selon le canton*. [Page WEB]. Accès : <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/tools/search.advanced.html#hitlistFunctions> [Page consultée le 16 mai 2011].

8 Annexes

8.1 Déclaration d'authenticité

« Je déclare avoir réalisé ce travail moi-même, conformément aux directives. Les références utilisées dans ce travail sont nommées et clairement identifiées. »

Joëlle Rouiller

8.2 Schéma de l'adaptation humaine

Schéma montrant les différentes composantes de l'adaptation humaine.

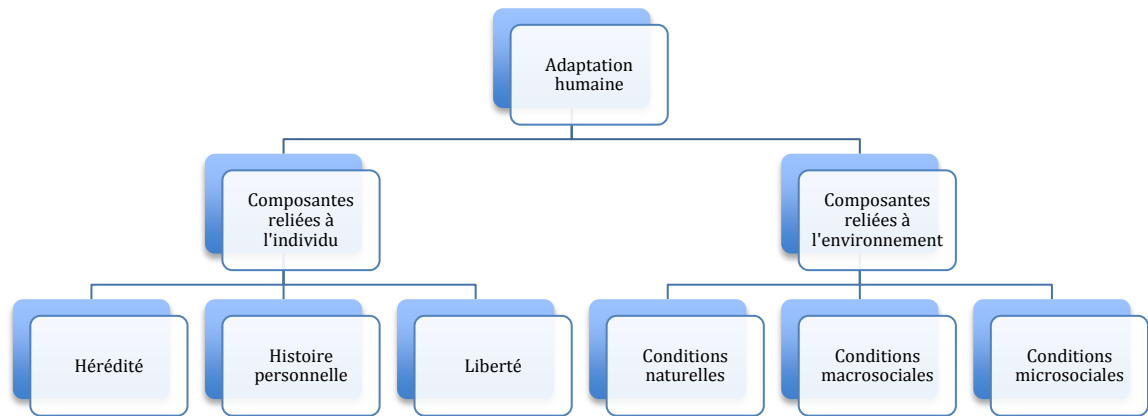


Figure 3 Composantes de l'adaptation humaine (Tremblay, 1996, p.13)

8.3 Grilles d'analyse des recherches

Etude 1

Hess, R., (2004). Dimensions of Women's Long-Term Postabortion Experience. *American Journal of Maternal Child Nursing* : vol 29, 193-198.

Devis	Etude qualitative phénoménologique
Aspects éthiques	La chercheuse a donné un pseudonyme à chacune des participantes afin de protéger leur anonymat. Les participantes pouvaient choisir le lieu de rencontre.
Problématique et visée de l'étude	<p>Peu de recherches récentes sur l'expérience des femmes et l'avortement sur le long terme ont été conduites. Peu de choses sont connues sur l'intégration de l'avortement dans la vie des femmes ou le sens qu'elles lui donnent avec le temps qui passe.</p> <p>But : explorer et décrire l'expérience de l'avortement pour les femmes ayant eu une IVG au moins cinq ans après le premier trimestre de leur avortement.</p> <p>Théorie : Streubert pour analyser les interviews.</p> <p>Les limites de l'étude : l'expérience des 17 femmes de cette étude ne peut pas être généralisée à toutes les femmes qui ont avortés depuis plus de cinq ans.</p>
Echantillon	<p>17 femmes qui ont eu un avortement plus de cinq ans avant l'étude, recrutées grâce à des flyers, avec numéro de téléphone et adresse e-mail, placés dans des services d'avortement, centres de soins pour femmes enceintes et dans des campus universitaires.</p> <p>Femmes de 23 à 60 ans ayant eu recours à l'IVG entre 14 et 43 ans, de religions différentes qui ont, pour certaines expérimenté plusieurs avortements ainsi que des fausses couches et des naissances. Femmes venant de divers milieux professionnels et habitant aux Etats-Unis dans les régions du Midwest, Eastern et Great Lakes.</p> <p>Recrutement : Beaucoup de femmes ont contacté directement l'enquêteur ou dans une rencontre, ayant entendu parler de l'étude. L'enquêteur et les participantes ont négocié le temps et la place de l'interview pour la protection de la confidentialité des participantes.</p> <p>Critères d'inclusion de l'échantillon : Avortement légal au premier trimestre, avortement plus de cinq ans avant l'étude.</p>
Méthode de la récolte des données et de l'analyse	<p>Récolte : Interviews semi-structurées, détaillées pour récolter les données</p> <p>Il a été demandé à chaque participante de :</p>

	<p>A/ Décrire leur expérience de l'avortement</p> <p>B/ Expliquer les effets qu'a eu l'avortement dans leur vie</p> <p>C/ Décrire quel sens a donné cette expérience dans leur vie au moment présent</p> <p>Des questions supplémentaires ont été posées pour clarifier les commentaires faits par les participantes. Les interviews ont été enregistrées et retranscrites mot à mot. Un questionnaire démographique a été rempli par les participantes afin d'avoir des informations générales sur les participantes. Le chercheur a donné des pseudonymes afin de protéger l'anonymat. Les interviews ont été enregistrées sur bande audio.</p> <p>La collecte de données et l'analyse comparative ont été simultanées. Pour analyser les entretiens et les notes de terrain, une procédure étape par étape de Steuert a été utilisée. La fiabilité de l'analyse des données a été établie par des mesures prises pour accroître la crédibilité, la vérifiabilité, l'adéquation et la corroboration. Une mesure était une recherche de représentativité dans les données afin que les déclarations de certaines participantes puissent s'adapter à celles des autres répondantes. Autres mesures prises pour accroître la fiabilité, inclure une seconde entrevue avec 15 des 17 femmes, afin de discuter de l'évolution des thèmes et des notes de terrain de toutes les rencontres avec les participantes</p>
Résultats	<p>Cinq thèmes principaux sont ressortis des interviews auprès des 17 femmes.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Prendre la décision : Ce thème a émergé quand les femmes ont parlé des raisons de leur avortement, de leur niveau d'ambivalence et la signification de leur relation à ce moment de leur vie. Toutes les femmes de cette étude ont pris la décision d'avorter mais les raisons de cette décision étaient différentes pour beaucoup d'entre elles. <ul style="list-style-type: none"> - Décision par rapport à leurs plans pour le futur, carrière - Sentiments par rapport à la décision : ambivalence, obligation - Raison du choix : objectifs personnels, relation avec les parents, partenaires ou conjoints 2. Adaptation aux souvenirs : Les événements autour de la procédure, du jour de la consultation ainsi que le jour de l'intervention ont marqué les souvenirs de certaines participantes. Pour la majorité, ces événements ont été des plus stressant. <ul style="list-style-type: none"> - Impressions de la procédure, le jour de l'avortement - Réactions à l'intervention : tristesse, remords, soulagement - Flashbacks émotionnels pendant plusieurs années - Désir d'en parler/garder le secret - Penser à l'enfant qu'elles auraient eu 3. Gagner en perspectives : Avec le temps, la plupart des femmes ont élargi leur perspective sur l'avortement et l'effet sur leur vie. <ul style="list-style-type: none"> - Satisfaction de la décision - Événement comme la fausse couche qui démontre un chagrin pas résolu - Conversion religieuse qui a modifié l'idée de l'avortement - Réévaluation plus tard dans la vie 4. Demander de l'aide : Plusieurs femmes ont décrit des conséquences négatives et ont alors cherché de l'aide afin de guérir de cet

	<p>événement.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Groupe d'entraide afin de partager cette expérience - Le pardon aide à guérir - Faire du fœtus une personne aide à gérer son chagrin <p>5. Reconnaître le sens de l'expérience : Plusieurs années après l'avortement de nombreuses participantes ont formulé des opinions claires sur les effets et la signification de l'avortement dans leur vie.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Décision a influencé leur futur - Emotions intenses perdurent parfois des années - Engagement dans une cause : pour la vie/pour le choix
Discussion et seuil de signification (implications pour la pratique)	<p>Le pourcentage des femmes dans cette étude qui expriment des effets négatifs est plus important que dans les études sur le court terme et cela pourrait indiquer que le pourcentage des effets négatifs augmente avec le temps. Inversement, les femmes ayant eu une expérience positive du post-avortement ont peut-être été moins intéressées à participer à cette étude en supposant qu'elles n'avaient rien de signifiant à apporter. Cette étude donne des implications cliniques. Les infirmières qui travaillent dans le cadre de santé des femmes doivent travailler davantage sur la prévention des grossesses involontaires. Cette étude montre le stress vécu au moment de la prise de décision. Certaines femmes de cette étude ont parlé de panique au moment où elles ont découvert leur grossesse. D'autres ont pleuré ou ont été fâchées contre elle-même ou leur partenaire. Beaucoup d'entre elles ont été ambivalentes, cela a aussi démontré dans d'autres études. Les infirmières doivent pouvoir créer un climat où les femmes peuvent se sentir libres de poser des questions, exprimer leur ambivalence ou leurs peurs. L'entretien pré-avortement devrait tenir compte de la possibilité d'effets négatifs de l'avortement, démontré dans la littérature et avoir une attention particulière chez les femmes qui présentent un sentiment de contrainte en avortant. Par manque de support familial ou des aidants naturels ou de leur partenaire. Dans d'autres études il a été démontré que ces facteurs augmentent le risque de dépression. Au moment de l'avortement, les femmes peuvent vivre cet événement avec de l'anxiété, l'équipe soignante devrait être attentive à chaque femme individuellement et essayer de l'entraîner dans des activités qui aident à soulager la tension. Les soignants devraient montrer de la compassion et protéger les femmes de toutes autres situations traumatisantes le jour de la procédure. Certaines femmes vivent mal l'avortement au moment d'autres événements reproducteurs tel qu'une fausse couche ou une naissance. Certaines femmes peuvent éprouver de la peine pour l'enfant perdu lors d'une fausse couche et pas pour celui dont elles ont avorté. Beaucoup d'études faites sur le court terme concernant les difficultés rencontrées pendant un événement reproducteur tel que fausse couche. Cette étude démontre qu'il peut y avoir une dépression, une isolation, de la culpabilité et une fuite. Beaucoup de femmes cachent leur expérience de l'avortement pour le regard social. Dans cette étude, les femmes racontent qu'elles ont eu peur de la réaction de leur famille, de leurs amis ou par honte. Les infirmières pourraient effectuer une évaluation de l'histoire de santé ainsi que le contexte et les problèmes de la patiente. Presque toutes les femmes de cette étude ont utilisé des stratégies de coping pour éviter les souvenirs de l'avortement. Le déni a été le plus souvent mentionné. Les autres stratégies mentionnées étaient le retrait, garder le contrôle, garder l'avortement secret, fantasmé sur l'enfant pas né et effectué des cérémonies religieuses. Les infirmières peuvent aider les femmes à apprendre des stratégies de coping efficaces telles que proposer des thérapies ou des groupes d'entraide. Les femmes ayant cherché de l'aide, pratiqué des rituels de deuil ou celles qui ont fait face à leur colère ont pu se pardonner. Les groupes d'entraide et les entretiens individuels donnent l'opportunité de parler. Elles ont été capables d'être honnête dans un endroit sûr et entendre des histoires similaires de culpabilité, de tristesse et de regrets de la part d'autres, ce qui permet l'acceptation. Quand les femmes se permettent de faire leur deuil, cela aide à diminuer</p>

	le chagrin.
Critères d'analyse Qu'est ce que je recherche dans l'article / documentation lue ? Banque de données Auteurs et champ d'expertise	Découvrir l'expérience sur le long terme des femmes qui ont eu un avortement, quel sens elles donnent à cette expérience et ainsi voir qu'est ce qui peut être pris en compte dans la prise en charge infirmière lors d'IVG. Pubmed Etudiante suivant un doctorat en soins infirmier à l'université de Cleveland, OH
Analyse détaillée du contenu Etat actuelle des connaissances sur la thématique/cadre théorique utilisée Perspectives de l'étude	De nombreuses recherches ont été conduites immédiatement après la procédure et dans les deux ans qui suivent, afin d'identifier les problèmes physiques et psychologiques. Ces études ont démontré que juste après la procédure d'avortement les femmes vivent différents sentiments : soulagement, culpabilité, sentiment de perte ou colère. Pour la plupart de ces femmes, ces réactions sont transitoires. Certaines études ont montré que 5% à 20% des femmes ont une détresse émotionnelle jusqu'à deux ans après l'avortement. Malgré cela, peu de recherches récentes ont vérifiés les effets sur le long terme de l'expérience de l'avortement. C'est pourquoi, peu de choses sont connues sur comment les femmes intègrent cette expérience dans leur vie ou le sens qu'elles donnent avec le temps. Cf tableau implications cliniques

Intérêt pour mon travail de Bachelor	Cette étude donne des pistes d'interventions pour la prise en charge infirmière et développe le vécu des femmes sur le long terme de l'avortement en 5 thèmes. Explique ce que vivent les femmes.
--------------------------------------	---

Etude 2

Trybulski, J., (2005). The long-Term Phenomena of Women's Postabortion Experiences. *Western Journal of Nursing Research*. 27(5). 559-576.

Devis	Etude qualitative phénoménologique
Aspects éthiques	La recherche a été approuvée par un comité d'éthique indépendant. Chaque participante a signé un consentement éclairé avant la récolte des données.
Problématique et visée de l'étude	<p>Les recherches précédentes dans le domaine des réponses des femmes à l'avortement révèlent un manque de connaissances sur l'expérience au long terme. La compréhension de l'expérience sur le long terme dans l'avortement est nécessaire pour l'évolution des connaissances infirmières.</p> <p>But : Comprendre les caractéristiques de l'expérience des femmes dans le cadre de l'avortement sur le long terme. Cette compréhension est nécessaire pour aller plus loin dans l'évolution des bases de connaissances sur ce que peuvent expérimenter les femmes avec l'avortement.</p> <p>Théorie : Théorie de Van Mannen</p> <p>Les limites de l'étude : Echantillon peu varié, composé d'américaines, d'européennes, ayant de 12 ans ou plus d'années d'études, de classe moyenne.</p>
Echantillon	<p>16 femmes qui ont avorté au moins quinze ans avant l'étude. Au moment de l'étude, elles avaient entre 38 et 92 ans et étaient toutes d'origine américaine ou européenne. Toutes avaient suivi un cursus scolaire au minimum de 12 ans. Deux des participantes ont eu un avortement illégal et cinq ont eu plus d'un avortement.</p> <p>Recrutement : Des flyers ont été placés dans des lieux publics, des publicités dans un magazine féminin local ou ont été envoyées par des professionnels de la santé. Les participantes ont téléphoné au numéro disponible, on leur donnait une brève explication sur la recherche. Les participantes sélectionnées ont pu choisir le lieu du rendez-vous pour l'interview.</p> <p>Critères d'inclusion de l'échantillon</p> <p>Avoir avorté il y a plus de quinze ans pour des raisons non médicales.</p>

<p>Méthode de la récolte des données et de l'analyse</p>	<p>Récolte : Interview</p> <p>La méthode de phénoménologique de Van Mannen a été utilisée pour guider cette étude. La compréhension phénoménologique est émotive, incarnée avec une tension entre ce qui est unique et ce qui est partagé. Dans la réflexion herméneutique phénoménologique de Van Mannen le « sens est multi-dimensionnel et superposé ». La complexité de la thématique de l'avortement contient de multiples implications psychologiques et sociologiques qui collent avec la méthode dans laquelle il y a une accommodation pour le superposé et les composants complexes de l'expérience. La raison de la réflexion phénoménologique est de découvrir le sens des expériences vécues et de les décrire à travers des thèmes qui caractérisent l'expérience. Dans cette recherche, les thèmes sont des outils pour transmettre le sens, donner forme à l'essence de l'expérience et décrire le contenu en essayant de toucher l'essentiel de l'essence de l'expérience.</p> <p>Les participantes ont été invitées pour l'interview. Les interviews ont eu lieu dans des endroits variés que les participantes ont choisis, endroit qui était confortable pour elle. La recherche suivante a été approuvée par un institutional review board (IRB) et les participantes ont signé un consentement. La partie initiale de l'interview inclut des questions démographiques. Les participantes ont ensuite partagé leur expérience de l'avortement, leur réaction et leur pensée en lien à cette expérience. Des questions ouvertes ont été utilisées pour détailler les réactions sur le long terme et de centrer les participantes sur leur pensée en leur donnant l'opportunité de relater leur impression. Les questions contenaient les perceptions de l'expérience de l'avortement, plus précisément la décision d'avorter, le soutien disponible, les réponses physiques et émotionnelles au moment de l'avortement. En plus, les participantes ont décrit ce que leur vie a été depuis. Le silence a été technique de communication, ce qui permettait aux participantes de transmettre d'autres aspects de leur expérience unique. A la fin de l'interview, les chercheurs offraient aux participantes, une liste de groupe d'entraide ou de thérapie individuelle. La longueur des entretiens était entre 90 et 120 minutes. Un deuxième contact s'est fait avec toutes les participantes pour vérifier les narrations anecdotiques afin de rediriger ou de compléter les interviews.</p> <p>Les chercheurs ont utilisé l'analyse phénoménologique pour dévoiler les structures de l'expérience et transmettre cela par un texte et par des narrations anecdotiques, thèmes et transformation linguistiques. Une méthode d'expert a réexaminé le développement de l'analyse pour s'assurer de la contrôlabilité des résultats. Les narrations anecdotiques sont des outils puissants qui guident et donnent de l'énergie à l'analyse. Premièrement, une narration anecdotique a été construite pour chaque participante provenant des interviews, vérifiée avec la participante et révisée avec l'assistance de la participante. Ensuite, les narrations anecdotiques, copies et field notes ont été lues et relues pour identifier les structures de l'expérience de l'avortement comme l'ont vécues ces femmes.</p>
<p>Résultats</p>	<p>Neuf thèmes ont émergé des interviews avec les 16 femmes.</p> <p>1. Pris dans le moment</p> <p>Parlent du moment de prise de décision. La plupart se sont sentie pressée de prendre leur décision et ont préféré une résolution rapide. Elles ont pris la décision pour l'ici et le maintenant en fonction de leur perception au niveau de leur préparation à la maternité ainsi qu'à leur situation financière et sociale.</p> <p>2. Trahi par mon corps, par ma contraception</p>

Dans cet échantillon de femmes, aucune n'a affronté le dilemme d'avorter dans le cas d'une grossesse voulue ou aucune n'a subi de viol. Dans un sens, leur corps les a trahies en devenant enceinte. D'autres se sont senties trahies par leur contraception.

3. Très personnel, très privé

La solitude a caractérisé cette expérience. Les femmes se sont senties seules au moment de l'avortement, souvent seule aussi au moment de la prise de décision. Elles ont eu l'impression d'être seule au milieu d'une foule. Même avec la famille et les amis, elles ont ressenti un dialogue solitaire quand elles ont intégré cette expérience dans ce qu'elles étaient. Pour certaines, la prise de décision a été vécue comme une affirmation de soi ; une décision qu'elles ont prise pour la première fois par elle-même.

4. Le passé atteint le présent

Après l'avortement, le soulagement a été un sentiment commun. Même les femmes étaient d'accord pour dire, des années plus tard, que leur décision était la meilleure à ce moment là de leur vie et n'ont eu aucun regret. Mais les pensées de leur avortement ou de l'enfant perdu atteint le présent, déclenchant des pensées et des perspicacités parfois additionnelles. Pour quelques femmes, les pensées sont venues en même temps que des événements « mondains » et sans avertissement. Les réflexions sur les avortements ont été parfois vécues comme intrusives. Les pensées ont toujours généré une réflexion supplémentaire et produit de nouvelles perspectives. Parfois, ces idées ont donné du réconfort. Parfois, elles ont soulevé des questions supplémentaires. L'avortement n'a pas été la dernière étape de leur expérience de l'avortement mais le début de souvenirs récurrents de l'avortement.

5. Incarnation : donner forme à l'enfant

L'incarnation peut être défini comme donnant une forme ou contour. La plupart des femmes dans l'étude actuelle se rappellent de l'âge qu'aurait l'enfant au moment de l'interview. A chaque fois qu'elles voient ou aperçoivent un jeune enfant ou jeune de cet âge, cela leur rappelle qu'elles auraient pu être la mère de personne de cet âge. Alors que certaines femmes considèrent la grossesse comme une fonction biologique, il y a eu une prise de conscience de la grossesse qui transcende l'expérience biologique.

6. Mettre de côté ses sentiments sur l'avortement

Les femmes ont rangé leur souvenir de l'avortement d'une manière consciente ou non. L'expérience de l'avortement est devenue pour beaucoup une histoire cachée. Les personnes autorisées à entendre leur histoire répondaient à certains de leurs critères. Pour certaines, la cause pour laquelle elles ont caché cette histoire est par peur de la condamnation d'elle même, de leur famille, de leurs amis ou de la société en général. Pour d'autres, la rhétorique sociale qui entoure l'avortement a agi comme agent pour se taire, par crainte de représailles.

7. L'avortement perturbe les aspects de la vie

Les femmes ont perçu leur expérience de l'avortement comme une perturbation. L'avortement a perturbé leur corps. L'avortement a perturbé le rythme inhérent à leur vie et l'image qu'elles avaient d'elles. Certaines femmes sont venues à considérer que leur avortement a perturbé de ce qui est de l'ordre du naturel. D'autres croyaient avoir bouleversé leur relation avec une puissance supérieure en

	<p>commettant le péché ultime.</p> <p>8. Donner un sens à l'avortement</p> <p>Les femmes ont ressenti le besoin de donner du sens à leur avortement. Pour beaucoup de femmes, le concept d'avoir un avortement, n'était pas problématique. Les raisons pour mettre fin à une grossesse, devaient être valides à leurs yeux. Pour certaines, le sens a été donné dans le processus de décision au moment de l'avortement. Pour d'autres, l'événement a donné du sens plus tard en se rendant compte du poids de cet événement dans leur vie. Certaines femmes ont utilisé la spiritualité et les rituels comme moyen de donner du sens.</p> <p>9. Relations affectées par l'expérience de l'avortement</p> <p>Pour ces femmes, la discussion avec les autres personnes de leur entourage au sujet de l'avortement a été influencé par des suppositions sur les réactions des ces gens à ce sujet. Au moment de la prise de décision, certaines femmes se sont senties poussées par leur partenaire à avorter, tandis que d'autres n'ont pas consulté leur partenaire. Les femmes dont les relations étaient déjà dysfonctionnelles ont été particulièrement vulnérabilisées ; elles craignaient de nouvelles dysfonctions dans leur couple. La plupart ont pris la décision en ayant en tête leur sentiment vis à vis de leur relation de couple.</p> <p>Ces neuf thèmes présente une palette puissante d'expérience de femmes ayant subi un avortement. Leurs pensées, leurs émotions au fil du temps. Les thèmes témoignent de l'expérience vécue de l'avortement comme complexe et ayant des effets au delà du moment de la procédure.</p>
<p>Discussion et seuil de signification (implications pour la pratique)</p>	<p>Les résultats de cette étude éclairent la compréhension de l'expérience pour les femmes de cet expérience au fil du temps. En dépit du temps écoulé entre le moment de l'avortement et les interviews, les femmes pouvaient se souvenir de leurs pensées et de leurs émotions sur l'avortement. La nature dévorante et le sens de la pression pour résoudre le dilemme de la grossesse imprévue sont restés un souvenir crucial. Ces observations en lien avec les thèmes suivant ; le passé atteint le présent, mettre de côté ses sentiments sur l'avortement et donner du sens à l'avortement indiquent que pour ces femmes l'expérience de l'avortement a été un événement de vie important. Le processus d'intégration de cette expérience a été plus complexe que ce qu'on démontré d'autres chercheurs.</p> <p>La récurrence des pensées au sujet de leur avortement dans le temps pour les participantes, met en lumière dans cette étude que l'expérience ne peut pas être limitée dans le temps dans ses effets et de son influence. Quand aux manifestations psychologiques mesurées dans des recherches précédentes (dépression, anxiété, regret, culpabilité) sont survenus dans cette étude de manière intermittentes et sont présentes parfois des années après l'avortement. Ces femmes ont véhiculé l'idée que l'avortement avait perturbé non seulement leur corps mais aussi leur estime de soi. Elles considèrent l'avortement comme une perturbation dans le cours naturel de la vie. Les femmes qui avaient de fortes croyances spirituelles, parlent de perturbations relationnelles avec une puissance supérieure.</p> <p>Les femmes de l'échantillon ont déclaré qu'elles se sont senties seules, même quand elles étaient entourées par la famille ou les amis. Pour certaines la crainte de la condamnation d'elle-même ou de leur famille, les amis ou la société en général. L'expérience de l'isolement pour ces femmes a été la peur des réactions familiale ou de la société et il a été difficile de prendre la décision d'en parler à ceux qu'elles pensaient et devaient évaluer les réactions possibles. Cela a aussi été rapporté dans d'autres études par des femmes grecques, portoricaines, canadiennes et afro américaines.</p>

	<p>L'influence de l'avortement sur leur relation de couple est frappante. La nature de leur relation a été un facteur très important dans la prise de décision. Les professionnels de la santé sont chargés de fournir des soins éclairés. L'avortement est une procédure qui est de plus de trois quarts de million de fois par an rien qu'aux Etats-Unis, mais notre compréhension de ce qu'est l'expérience à long terme pour les femmes manque. L'étude actuelle représente un début, ce qui démontre que les femmes sont avides d'explorer leurs pensées et émotions dans sujet controversé avec l'espoir que les professionnels de la santé pourront écouter et répondre à cette demande.</p>
<p>Critères d'analyse</p> <p>Qu'est ce que je recherche dans l'article / documentation lue ?</p> <p>Banque de données</p> <p>Auteurs et champ d'expertise</p>	<p>L'expérience des femmes de l'avortement. Qu'est-ce qui les ont marquées ? Comment elles ont poursuivi leur vie avec cette expérience? Est-ce que cette expérience a eu un impact sur leur vie?</p> <p>Pubmed</p> <p>Assistante professeur à l'université de Miami en soins infirmiers</p>
<p>Analyse détaillée du contenu</p> <p>Etat actuelle des connaissances sur la thématique/cadre théorique utilisée</p> <p>Perspectives de l'étude</p> <p>Intérêt pour mon travail de Bachelor</p>	<p>Les infirmières assurent une large part dans les services de santé de la reproduction aux Etats-Unis, jusqu'à maintenant la base de connaissances sur les réactions à l'avortement est limitée, malgré que l'avortement soit une procédure qui est exécutée près d'un million de fois par an. Les recherches précédentes dans le secteur du post-avortement révèlent un manque de connaissance sur les aspects de l'expérience au long terme.</p> <p>Les résultats passés en revue indiquent des réponses et conséquences variées par l'expérience des femmes par rapport à l'avortement. Une perspective est manquante dans la littérature et la compréhension des séquelles de l'expérience sur une longue durée.</p> <p>L'aspect du long terme dans cette recherche est intéressant ainsi que les thématiques ressorties des entretiens.</p>

Etude 3

Alex, L., Hammarström, A., (2004). Women's experiences in connection with induced abortion – a feminist perspective. *Nordic College Sciences*, 18. 160-168

Devis Aspects éthiques	<p>Etude qualitative</p> <p>Approbation obtenue par les directeurs de trois centres de soins de district, du directeur de gynécologie et du comité d'éthique de la faculté de médecine de l'université de Umea, Suède. Les participantes étaient garanties d'anonymat et de confidentialité. Les intervieweurs devaient être conscients que les interviews pouvaient faire remonter des souvenirs douloureux. D'un autre côté, les interviews et conversations pouvaient fournir aux femmes l'opportunité de réfléchir et partager leurs expériences et émotions avec une infirmière expérimentée.</p>
Problématique et visée de l'étude	<p>Peu de recherches explorent l'expérience de l'avortement. Le point de départ dans une recherche féministe est que chaque femme a le droit de décider pour son corps et donc de poursuivre ou non une grossesse. La décision des femmes ne devrait pas être remise en cause. Cependant, leurs réactions à l'avortement doivent être décrites quelles soient positives ou négatives.</p> <p>But : Mettre en lumière l'expérience des femmes dans une ville du nord de la Suède, en utilisant la perspective féministe</p> <p>Théorie : la théorie féministe est basée sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> -se concentrer sur un événement que seul les femmes peuvent expérimenter, insister sur le contexte de l'expérience, -viser le bénéfice des femmes, la représentation de la force féminine -reconnaissance des conditions qui oppressent les femmes, -souligner l'importance d'avoir des interactions non hiérarchique entre les chercheurs et les femmes interviewées, -considérer la différence de pouvoir entre les sexes qui influencent la vie des femmes. <p>Les limites de l'étude : Le nombre de participantes est limité. L'échantillon étant constitué de femmes jeunes, avec un niveau d'étude limité et pas mariée, l'échantillon n'est donc pas varié. A cet effet, les résultats doivent être examinés et transférés avec prudence.</p>
Echantillon	<p>Cinq femmes recrutées dans un seul des trois centres de soins. Dans un des centres de soins quatre femmes ont été sollicitées pour répondre à l'étude, mais toutes ont refusé. Dans un autre centre, deux femmes ont été requises et les deux ont aussi refusé. Dans ces deux centres de soin, les sages-femmes ont été étonnées par le peu d'avortement à cette période.</p> <p>Le centre de soin, dans lequel les cinq femmes ont accepté de répondre à l'étude, diffère des autres de par sa population d'immigrants et de jeunes. Cependant, aucune des participantes n'est immigrante. Le centre de soin a des groupes socio-économiques supérieurs et inférieurs. En ce sens, notre groupe de participantes ne représente pas un sous-groupe en particulier. Cependant, les femmes dans notre échantillon peuvent constituer un sous-groupe car elles sont toutes plutôt jeunes, célibataires et n'ont pas fait d'études supérieures.</p>

	<p>Recrutement : Un mois après un avortement, les femmes ont eu un rendez vous avec une sage-femme dans un centre de soins local. La sélection des participantes a été faite par le biais des sages-femmes dans trois centres d'une ville de taille moyenne du nord de la Suède. Toutes les sages-femmes avaient fournis des informations identiques concernant le but de l'étude.</p> <p>Critères d'inclusion de l'échantillon : Avoir eu un avortement environ un mois auparavant, parler et comprendre le suédois.</p>
Méthode de la récolte des données et de l'analyse	<p>Récolte : interview peu après leur avortement par les auteurs qui sont des infirmières diplômées. Les interviews ont duré entre 50 et 140 minutes. Les femmes ont pu choisir le lieu de l'interview. Les entrevues ont été exécutées de manière à faciliter la narration de leur expérience. L'interviewer a essayé de viser un dialogue authentique et s'est concentré sur l'interviewé, en employant sa capacité d'écoute.</p> <p>Les interviews se sont concentrées sur les questions suivantes :</p> <p>A/ Comment avez vous vécu l'avortement ?</p> <p>B/ Comment avez vous pris la décision ?</p> <p>C/ Quelles étaient votre état d'esprit face à l'avortement ?</p> <p>D/ Est-ce que l'avortement a affecté votre relation avec votre partenaire ?</p> <p>E/ Comment avez vous vécu les attitudes des équipes soignantes ?</p> <p>Les interviews ont été enregistré avec une bande audio et ont été retranscrites en incluant les expressions non-verbales tels que silences et rires. Ensuite, l'analyse été effectuée selon le contenu. La première lecture était ouverte pour les chercheurs afin qu'ils s'imprègnent de données, afin qu'ils puissent se rendre compte entièrement de l'expérience des participantes et pour trouver le lieu des modèle dans les données. Plus tard le texte a été lu plusieurs fois et des notes ont été prises quant à la façon dont les participantes avaient raisonné. Les unités textuelles ont été identifiées et classifiées recouvrant trois thèmes et neuf sous-thèmes pour décrire tous les aspects du contenu.</p>
Résultats	<p>Trois thèmes ont été identifiés :</p> <p>1. L'expérience en lien avec la prise de décision</p> <p>Elles ont décrit leur état entre choc et joie. Aucune d'entre elles n'avait prévu d'être enceinte. Le sentiment de choc a pu être bref ou plus long, dans un cas ou cela s'est prolongé, jusqu' à l'idée de suicide. Bien que les femmes mettent l'accent en disant que le choix vient d'elles, le récit montre que le processus de prise de décision est influencé par différentes façons, telles que leur expérience durant l'enfance, leurs partenaires, leurs amis et les normes sociales. La grossesse met en lumière sa propre expérience durant l'enfance. Certaines expériences négatives ont amené au désir d'avortement parce qu'elles souhaitaient donner à un enfant une enfance heureuse. Toutes ces femmes ont une détermination précise à ne pas être un parent seul. Elles se sont aussi projetées dans leur rôle de mère et pour certaines elles se sont décrites négativement. Elles ont exprimé différents arguments en faveur de l'avortement ; relation peu sûre ou à distance avec un petit ami</p>

	<p>vivant à l'étranger. Leur réalité économique a été cruciale dans leur décision. Celles qui avaient moins de 20 ans se sentaient trop jeunes pour être mère. Pour elles, cela été important d'avoir des plans pour leur avenir. L'Ambivalence a été beaucoup évoquée dans cette période de prise de décision. Ces femmes avaient une idée positive sur le droit à l'avortement mais elles avaient par contre une idée négative concernant leur propre avortement. Une raison donnée a été qu'elles pourraient regretter plus tard ce choix ou encore la peur de la stérilité. Un argument fort contre l'avortement, était la joie spontanée d'être enceinte et l'envie de donner naissance. Le soutien a été décrit d'une manière positive, elles ont transmis qu'elles avaient pu avoir du soutien de leur mère ou de leurs amis, dans ce processus. Concernant les partenaires, aucun d'entre eux n'a voulu être père et n'as soutenu sa partenaire.</p> <p>2. L'expérience en lien avec l'avortement</p> <p>Dans leur situation d'avortement, les femmes ont décrits des expériences physiques et psychologiques, lesquelles ont été ressenties non comprises ou ignorées par la majorité des équipes soignantes. Certaines femmes se sont senties soutenues par les équipes soignantes, alors que la plupart d'entre elles ont signalé n'avoir eu aucun soutien de leur partenaire.</p> <p>L'expérience des femmes en lien avec l'équipe soignante a été décrite autant positivement que négativement. Les femmes ont ressenti de l'empathie de la part de l'équipe soignante, positive et informative ou froide, négative, ignorante induisant des sentiments de honte, de tristesse, de solitude et d'incertitude.</p> <p>Les expériences physiques et psychologiques ont été décrites telles que saignements abondants et sentiment d'être malade ou de douleur. Une autre a été surprise à ne rien sentir. L'avortement mène à des réactions psychologiques telles que culpabilité et aliénation. Le soutien d'un ami, réduit les sentiments de tristesse et de solitude. Néanmoins, la plupart des femmes ont révélé qu'elles n'avaient reçu aucun soutien de leur partenaire, même pendant la procédure. Elles se sont rendues compte que l'avortement était quelque chose qu'elles devaient gérer seules.</p> <p>3. L'expérience en lien avec l'après avortement</p> <p>Après l'avortement, les femmes ont décrit un sentiment d'ambivalence et de vide mais aussi des sentiments de maturité et de joie car elles avaient expérimenté la grossesse. La relation avec leur partenaire après l'avortement a varié. Certaines relations ont été décrites comme inchangées, d'autres sérieusement affectées. Une femme s'est sentie trahie après que son partenaire l'a quittée après qu'elle soit tombée enceinte. Un avortement peu aussi rendre un couple plus proche.</p> <p>Ambivalence est un sentiment qui persiste après l'avortement. D'un côté, elles se sont senties soulagées mais d'un autre côté, elles ont pensé à ce qu'aurait été leur corps si elles n'avaient pas avorté. Les femmes voient en priorité les droits de l'enfant avant celui de la maternité ; ne pas vouloir un enfant juste pour son propre intérêt. Les femmes ont ressenti qu'être enceinte était un cadeau merveilleux.</p>
Discussion et seuil de signification (implications pour la pratique)	<p>A/ Discussion sur les méthodes</p> <p>Cette étude qualitative a pu être analysée avec les concepts de la fiabilité et la transférabilité. Bien que cette étude comporte peu de participantes, les entretiens ont été riches et exhaustifs. Dans cette étude, un chercheur senior interdépendant a lu l'un des interviews ainsi que son analyse. Le codage des entretiens a été discuté et réfléchi dans une série de séminaires avec d'autres chercheurs. Les résultats ont été</p>

présentés et discutés avec le personnel de soins de santé ainsi que les femmes qui ont avorté. Dans ces discussions, les thèmes principaux ainsi que les sous-thèmes ont été reconnus et considérés comme logique. Les résultats de cette recherche peuvent être transférés à des groupes et des contextes similaires à ceux représentés par les femmes dans l'étude. La participation des femmes c'est faite que d'un centre de soin ce qui peut s'expliquer par l'esprit positif des sages-femmes vis-à-vis de l'étude. Une raison pour laquelle les sages-femmes des autres centres de soin n'ont pas pu recruter de participantes peut être lié au faible taux d'avortement à cette période. Une autre explication peut être que en lien avec le caractère privé ou de honte et dont les femmes ne veulent pas parler. Une dernière possibilité pourrait être que l'avortement est devenu de plus en plus accepté dans le pays et les femmes n'ont pas ressenties le besoin d'y réfléchir davantage.

L'intention de l'interviewer, influencé par la recherche féministe, était de comprendre l'expérience de l'avortement ainsi que d'essayer d'être conscient du pouvoir de hiérarchie qui existe entre l'interviewée et l'interviewer. L'interviewer a utilisé des signes de communication qui montre le soutien. L'intervieweur qui est une infirmière expérimentée s'est appuyé sur sa propre expérience pour communiquer. Un des aspects les plus important en soins infirmiers et d'essayer de créer une rencontre entre deux sujets. Les participantes ont pu parler librement.

B/ Discussion sur les découvertes

Les recherches sur l'expérience des femmes de l'avortement manque dans la littérature internationale. Comme de cette étude, une autre étude qualitative suédoise cherchant des avortements répétés a constaté que les raisons des avortements étaient des problèmes psychosociaux, une détermination de donner à un enfant deux parents et de croire que chaque enfant a besoin d'être le bienvenu. Sans analyser ces expériences des femmes cherchant des avortements à répétition à partir d'une perspective féministe ou le rapport de puissance entre les femmes et les hommes est pris en considération, les chercheurs déclarent que il est important d'assister les femmes pour augmenter leurs optimisme, leurs contrôles personnels et l'estime de soi. Aucune des femmes dans cette étude ne voulaient se retrouver parent célibataire. Les femmes de cette étude semblent vouloir croire à la « famille heureuse ». Les découvertes sont en accord avec une autre recherche suédoise sur les avortements qui montre que une des raisons importantes qui poussent les femmes à choisir l'avortement est que l'enfant ne devrait pas grandir avec une mère célibataire. Bien que toutes les femmes aient un esprit positif en général, elles étaient négatives face à leur propre avortement. Le soutien de leur environnement était important mais elles ont reçu peu de soutien de leurs partenaires. Une étude suédoise montre que la moitié des femmes de leur étude n'étaient pas satisfaites du soutien de leurs partenaires. Dans une étude avec 527 femmes les chercheurs ont conclu que le soutien pouvait réduire la détresse post avortement. D'un autre côté, cela a aussi démontré que les interactions sociales et le soutien pouvaient avoir des effets positifs et négatifs sur les femmes après l'avortement. Le plus haut niveau de dépression et humeur négative a été observé chez les femmes qui l'ont dit à leur partenaires et leurs amis mais qui n'ont reçu aucun soutien de leur part. Les narrations dans cette étude montre que les femmes ont reçu peu ou pas de soutien de leurs partenaires mais elles ont toutes parler de l'aspect positifs en lien au soutien de leurs mamans ou amis. Le mouvement des femmes concernant le soutien des femmes entre elles s'est accentué depuis quelques décennies.

Ambivalence : Etre forcée à choisir entre donner naissance à un enfant ou avoir un avortement semble impossible, mais il peut aussi être vu comme un part difficile inhérent à la vie. Les narrations des femmes révèlent que le processus amenant à la décision final est rempli d'angoisse. Selon le point de vue existentialiste, l'anxiété est ce qui mène au choix et est une réalité dans la vie humaine. Le fait d'avoir à choisir crée de l'angoisse. Les femmes ont décrit l'ambivalence en lien avec leurs décisions. En prenant la décision, elles ont senties qu'elles étaient responsables et capable de choisir pour elles-mêmes. Elles ont mesurées l'importance d'avoir l'opportunité de planifier leurs vies et qu'elles

	<p>avaient la possibilité de décider si elles voulaient donner la vie ou non. Cela peut être interprété comme l'intensité de l'importance de la liberté dans la vie des femmes. De Beauvoir considère la liberté comme le sens de la vie et ce à quoi tous nous efforçons d'atteindre.</p> <p>Aucune des femmes de cette étude ont indiquées avoir pris la décision indépendamment des autres personnes. Elles ont parlées avec leurs partenaires, mamans et amis et elles ont aussi été influencées par leur propre expérience de l'enfance, leurs situations économiques et la relation avec leurs partenaires aussi bien que par rapport à leurs plans pour le futur. Une conclusion d'une étude suédoise est que la décision d'avoir un avortement peut être le premier choix indépendant qu'une femmes fait et que l'expérience de faire un tel choix donne une meilleur estime de soi.</p> <p><i>Soumission relative</i> : la compréhension dans cette recherche des structures de pouvoir entre les femmes et leurs partenaires mâles est dérivé de la thèse de Haavind qui est caractérisé par le désir de faire le mâle dominant et la femelle soumise apparaît comme quelque chose de positif et naturel et quelque chose que les partenaires visent. Certaines des femmes dans notre étude étaient dans un premier temps positive sur le fait d'avoir un enfant, bien que aucun de leurs partenaires ne voulaient devenir pères. Après un temps, les femmes ont changées d'avis en concordance avec les souhaits de leurs partenaires même si elles ont soulignées que c'était leurs propres décisions. La décision des femmes peut aussi être interpréter comme étant influencé par le discours de la romance, qui était défié quand la femme n'était pas d'accord avec son partenaire dans un tel question. Une interprétation est que la femme voulait écouter ainsi que comprendre leurs partenaires et inconsciemment ont adopté leurs opinions.</p>
<p>Critères d'analyse</p> <p>Qu'est ce que je recherche dans l'article / documentation lue ?</p> <p>Banque de données</p> <p>Auteurs et champ d'expertise</p>	<p>Découvrir l'expérience des femmes ayant eu une IVG et quelles pistes pour la prise en charge infirmière</p> <p>Cinahl</p> <p>1^{ère} auteur : Enseignante, département des soins infirmiers en Suède. 2^{ème} auteur : Médecin</p>
<p>Analyse détaillée du contenu</p>	

Etat actuelle des connaissances sur la thématique/cadre théorique utilisée	Bien que l'avortement soit commun, peu de recherches se penchent sur le processus de prise de décision ou sur l'expériences des femmes de l'avortement. Quelques études ont montré que de sérieux symptômes psychologiques étaient rares. La réponse émotionnelle la plus commune à un avortement est le soulagement. Bien que l'avortement ne semble pas mener a des maladies psychiatriques graves, une étude montre que le quart des femmes ont ressenti de la culpabilité et de la honte.
Perspectives de l'étude	Les soins d'un point de vue féministe mettent l'expérience des femmes au centre. Une manière de renforcer les femmes qui ont eu un avortement, pourrait être de former des groupes d'entraide ou les femmes pourraient discuter de leurs expériences avec une infirmière ou sage-femme. Pour les infirmières et les sages-femmes il est aussi important d'écouter l'expérience positive de devenir enceinte malgré le choix de l'avortement. Toutefois, selon nursing feminist perspective il est aussi important que les sages-femmes peuvent aussi avoir besoin de soutien pour gérer l'impact émotionnel dans leur travail. Les découvertes indiquent que le personnel de santé a besoin d'être plu conscient de l'expérience complexe pendant le processus de prise de décision, l'avortement et la période de postavortement afin de les soutenir et les renforcer. Des recherches supplémentaires sont nécessaires selon une perspective nécessaire sur l'expérience des femmes, plus précisément en lien à l'impact du partenaire dans relation sur l'expérience des femmes.
Intérêt pour mon travail de Bachelor	Cette recherche me renseigne sur la complexité de l'avortement. Le fait que la recherche soit fait du point de vue féministe ouvre d'autres interprétations.

Etude 4

Halldén, B-M., Christensson, K., Olssen, P. (2008). Early abortion as narrated by young Swedish women. *Nordic College Sciences*, 23. 243-250

Devis	Etude qualitative phénoménologique
Aspects éthiques	Approbation éthique obtenue du comité de recherche éthique de l'université de Gothenburg, Suède.
Problématique et visée de l'étude	<p>Les recherches précédentes sur l'expérience de femmes suédoises d'avoir un avortement, étaient principalement centrées sur des femmes entre 18 et 20 ans.</p> <p>But : le but de cette étude est de mettre en lumière la signification d'avoir vécu un avortement, expérimenté par 10 jeunes femmes suédoises.</p> <p>Théorie : théorie de Ricoeur</p> <p>Les limites de l'étude :</p> <p>Pas de limites exprimées</p>

Echantillon	<p>La récolte de données a été faite entre décembre 2003 et janvier 2005</p> <p>Recrutement : les participantes ont été recrutées par le biais d'une clinique gynécologique de jour et d'un hôpital pour jeunes dans une ville de taille moyenne, en Suède, ainsi que dans une clinique gynécologique dans une ville de grande taille. Dix répondantes ont participé à l'étude</p> <p>Critères d'inclusion de l'échantillon</p> <p>Avortement entre 2 et 6 semaines après l'avortement, jeunes femmes entre 18 et 20 ans.</p>
Méthode de la récolte des données et de l'analyse	<p>Récolte : interviews conduits et enregistrés sur une bande audio par le premier auteur. Les participantes ont été questionnées sur leur expérience en leur posant une question initiale ouverte : « Pouvez-vous me dire quelle a été votre expérience de l'avortement ». Ensuite les participantes ont été encouragées à aller plus profondément dans leur discours avec la question suivante ; « Pouvez vous m'en dire plus ? », « Qu'est ce que vous avez pensé ? », « Qu'est ce que vous avez ressenti ? ». Les interviews ont été enregistrées et retranscrites en incluant les expressions non-verbales. Une analyse herméneutique-phénoménologique inspiré de Lindseth et Norberg a été conduit. La méthode inclus la lecture des interviews pour atteindre une compréhension naïve et le sens de la totalité des interviews. Des analyses structurales ont été conduites pour valider la fidélité de la compréhension naïve afin d'avoir des moyens de description sur la variété de signification des interviews.</p>
Résultats	<p><u>Compréhension naïve</u></p> <p>Le centre d'attention des jeunes femmes était dirigé vers la période précédant la grossesse, l'avortement lui-même et le futur. L'expérience de l'avortement semble être un processus dominé par la venue du terme signifiant enlever une vie. Dans ce processus, les femmes se sont concentrées sur leur responsabilité pour l'enfant à venir et pour les personnes autres qu'elles mêmes. Le soutien de leur famille et partenaire ainsi que leur amie fut important ainsi que la considération montrée par les professionnels de la santé. Après l'avortement, la grossesse est apparue comme seulement portée dans l'esprit comme un événement incroyable (dans le sens pas croyable, événement qui se serait pas réellement passé). Les jeunes femmes ont été préoccupées avec la pensée : à quoi aurait ressemblé leur enfant. Leur future capacité à devenir enceinte, elles l'ont décrite comme étant incertaine (elles ont émis un doute).</p> <p><u>L'analyse structurale ressort quatre thèmes</u></p> <p>Avoir porté et protégé la grossesse inimaginée</p> <p>Ce thème dévoile le sens de la surprise et de responsabilité en relation à la grossesse avant l'interruption. La grossesse a été inimaginée pour elles ; cela veut dire qu'elles étaient dans un processus de découverte de leur fertilité et ce, malgré qu'elles sachent que cela se produisait chez beaucoup de femmes. La décision de l'avortement aurait pu être prise en fait avant même d'être enceinte bien que du point de vue des jeunes femmes, la grossesse était peu probable de se produire. Néanmoins, la surprise de la possibilité de devenir enceinte était accompagnée par la joie et des sentiments maternels. Des moments où elles se sont distancées de la réalité ont été décrits. Le sentiment d'être sorti de soi-même et de se voir comme une autre personne qui a vécu cette réalité, ceci mélangé avec des moments où elles ont du</p>

faire face à la situation qui était bel et bien réelle. Les jeunes femmes ont pris leur responsabilité de leur grossesse en adoptant une façon de vivre plus saine pendant la période avant l'avortement. Cela révèle qu'elles protégeaient leurs grossesses en utilisant la ceinture dans leur voiture, en mangeant mieux, en arrêtant de fumer et de boire de l'alcool.

Avoir pris la vie de l'enfant à naître avec douleur

Les jeunes femmes ont révélé leur compréhension de l'avortement comme prendre la vie d'un enfant à naître. Particulièrement elles ont raisonné moralement de ce que pouvait signifier l'avortement en relation avec le fœtus. Les aspects mentionnés ont été : avoir pris la vie d'un enfant. Elles ont considéré l'avortement comme avoir tué une nouvelle vie et admis le fait que si cette grossesse s'était poursuivie, il aurait été leur propre enfant. Avoir pris la vie d'un enfant à naître a été considéré comme, en même temps, un acte égoïste et non égoïste. Égoïste, quand elles ont entrepris l'avortement pour un motif en lien à leur propre vie et pas égoïste quand la responsabilité pour l'enfant était un motif éminent. Les jeunes femmes ont pris leur décision sur l'avortement de manière réfléchie et elles ont aussi réfléchi sur les conséquences pour leur propre vie, leurs futurs enfants, leurs parents et, dans certains cas de leur partenaire. Éviter la pensée du fœtus comme un être humain potentiel ou d'un enfant pourrait alléger la charge de l'avortement dans une certaine mesure: le fœtus avorté pourrait être appelé, une « chose » ou un « ver ». La responsabilité inhérente de prendre la vie de cet enfant-à-être était accompagné par la douleur. La réussite de l'avortement a été le retour au plaisir de la vie, de revenir à la normale, situation décrite comme un soulagement.

Avoir été sensible à l'approbation des autres

Etre sensible à l'approbation de leurs parents, les partenaires et le personnel de santé, avant, pendant et après l'avortement ont été révélés. Etre sensible à la douleur et l'inconfort suscités à la fois par les adversités majeures et mineures. L'approbation en particulier des mères et leur soutien ont été recherchés et très appréciés par les jeunes femmes:

Toutefois, la désapprobation après l'avortement a été, dans certains cas, une réalité, et l'expérience d'être accusé par les proches d'être négligent, en général, et de ne pas utiliser de contraceptifs, en particulier.

L'approbation ou la désapprobation des partenaires après l'avortement a été assez important. Les deux ont perturbé les relations. Les jeunes femmes ont révélé une sensibilité et un souci par rapport aux réactions de leur partenaire. Elles ont apprécié que leur partenaire soit sympathique à leur égard, cela aidait à gérer leur propre douleur. Être traitées avec respect et douceur par des professionnels, tels que les sages-femmes et gynécologues, a été vécu comme l'approbation de leur décision sur l'avortement. Pour la plupart de ces jeunes femmes, l'examen gynécologique a été le premier qu'elles avaient vécu et a été décrit comme une expérience sensible.

Imaginé l'enfant enlevé

Les jeunes femmes décrivent: leur corps vide, le sentiment d'être une mère et de voir le partenaire comme un père potentiel. La préparation du corps pour 9 mois de grossesse et la fertilité future reflètent leurs préoccupations. Les pensées d'être la mère de l'enfant avorté et du partenaire comme le père était récurrentes dans la vie quotidienne leur rappelait d'avoir manqué la maternité et la paternité. Les craintes pour leur fertilité future et d'avoir manqué la seule chance de devenir une mère ont été vécues comme une conséquence possible de l'avortement. Toutefois, les jeunes femmes ont révélé qu'elles espéraient gagner en force, maturité et en sens de la responsabilité, après la rude expérience de subir un avortement provoqué.

	<p>La narration des jeunes femmes a entraîné un processus commençant par une grossesse inimaginable, une image de l'enfant à être et les préoccupations relatives à la fécondité à l'avenir. La signification de l'expérience d'un avortement éclaire la capacité des jeunes femmes à prendre leurs responsabilités dans leurs choix quant à leur propre bien-être et celui des autres dans une perspective de cycle de vie, malgré la douleur inhérente à la responsabilité de prendre la vie à son propre enfant en devenir.</p> <p><u>Considérations méthodologiques</u></p> <p>La méthode phénoménologique herméneutique a été une méthode appropriée pour éclairer la signification des expériences des jeunes femmes. Une meilleure compréhension des expériences des jeunes femmes a été acquise. Elles ont exprimé leurs pensées, les sentiments et les croyances au sujet de leurs grossesses et les avortements, et qui concernait également des questions éthiques.</p> <p>Nous n'avons pas réussi à recruter quatre des femmes qui ont été interviewées avant leur avortement. Une explication possible est que l'enquêteur n'avait pas réussi à établir une relation de confiance avec ces femmes pendant les entretiens. Le fait que 15 femmes étaient invitées avec que 4 participantes acceptent et que l'échantillon puisse atteindre le nombre de dix participantes indiquent que les femmes ayant refusé l'invitation que cela était difficile de participer pour des raisons inconnues. Il est possible que l'avortement soit trop pénible pour être en mesure d'en discuter, ou comme trop insignifiant pour être utile de discuter. Les femmes qui ont participé à l'étude peuvent avoir été plus en mesure d'assumer la responsabilité d'avoir eu un avortement que les femmes qui ont refusés de participer. Pour ces raisons et parce que les différentes interprétations peuvent être faites des récits, la recontextualisation des résultats à d'autres contextes doivent être faites avec prudence et par rapport à la taille de l'échantillon. Les perspectives des chercheurs en tant que conférenciers à l'éducation des sages-femmes et de la mortalité maternelle et la santé des enfants devraient également être envisagés. Toutefois, la fiabilité est soutenue par les analyses structurelles strictes dans la présente étude et par similarité avec les résultats d'études antérieures. Il faut considérer que chaque jeunes femmes face à une situation d'avortement ne vont probablement pas expérimenter le sens donner ici dans cette recherche, mais avec des variations de celle ci.</p>
<p>Discussion et seuil de signification (implications pour la pratique)</p>	<p>Le sens essentiel inhérent à l'expérience de l'avortement entraîne un processus commençant par l'expérience d'une grossesse inimaginée ensuite avec l'expérience de l'avortement lui-même, tel qu'avoir pris la vie d'un enfant à naître avec douleur et en finissant avec l'image d'avoir enlevé l'enfant à naître et touche l'aspect de la fertilité future.</p> <p>Selon la théorie de Ricœur sur l'interprétation des narrations, elles ne sont jamais éthiquement neutres. Cela est clairement miroité dans l'étude. Les narrations des jeunes femmes étaient remplies de résonnement éthique concernant les questions existentielles et révèlent leur responsabilité pour choisir entre l'avortement et la parentalité et comment vivre leur vie avec cette expérience. La capacité des jeunes femmes de planifier la vie en conformité avec leurs propres valeurs, tel décrit par Nussbaum dans la théorie du développement éthique était évident dans les narrations. La supposition que les jeunes femmes ne sont pas capables de gérer des problèmes d'ordre existentiel n'était pas soutenue dans cette étude.</p> <p>La compréhension de cette étude sur la capacité des jeunes femmes d'être responsable était renforcée par la façon dont elles ont réfléchi sur l'avortement. Leur capacité à faire face et prendre la responsabilité de leur avortement correspond avec la capacité de l'être humain du choix dans des situations de reproduction. Un tel pouvoir de choix moral est une fonction importante de l'homme et un problème pour la qualité de vie. Toutefois, la capacité de prendre la responsabilité pour un avortement dépend non seulement des capacités internes des</p>

femmes mais aussi de conditions externes dans la société par exemple, l'accès aux ressources tel que soutien, soins. L'importance de soutien extérieur tel que le soutien naturel des parents et des partenaires était claire et distinct dans la narration des jeunes femmes, tandis que les soins professionnels dispensés par le personnel de santé n'ont pas figuré en premier plan dans leur narration. Cela était probablement lié à la perspective utilisée dans les interviews. On demandait aux participantes de réfléchir sur leur « monde » ?? (own life-worlds) par conséquent, de se centrer sur ce qui a le plus compté pendant le processus d'avortement. L'importance des sages-femmes peut aussi avoir disparu en raison du fait que les interviews ont été menées jusqu'à six semaines après l'avortement. Toutefois, les conditions extérieures en terme de cadre social pour l'avortement et les soins professionnels ont été appréciés. Avoir été rencontrée et traitée de façon très discrète a été important dans cette expérience de vulnérabilité qu'est une situation d'avortement.

Les résultats indiquent que les jeunes femmes quand elles ont été soutenues par des proches et des professionnels de santé sont capables de gérer un avortement dans cette situation. Néanmoins, plus de recherches dans différents contextes sont encore nécessaires pour élargir et approfondir la compréhension et d'aller plus loin dans le développement de théorie sur le sens de l'expérience des jeunes femmes et l'avortement.

Des études précédentes ont identifié l'ambivalence des sentiments contradictoires durant l'expérience de l'avortement. Les sentiments contradictoires tels que la douleur avec le soulagement, étaient inhérents dans l'expérience des jeunes femmes. Toutefois, la douleur était en lien avec l'expérience d'enlever l'enfant à naître. Le soulagement dans cette étude était lié à la réussite de l'avortement dans un sens pratique et le fait que la vie pouvait revenir à la normale. La capacité des jeunes femmes à soulager la douleur était reflétée dans leur fuite de considération de l'enfant à naître. A la place, elles ont perçu le fœtus comme n'étant pas un être humain. Une autre façon de fuir leur douleur était de comprendre l'avortement médical comme une fausse couche naturelle et de l'attribuer ou de partager la responsabilité avec le personnel. Avec ce raisonnement fait suite à l'espoir renforcé de devenir mature et responsable. Ce qui est décrit dans des études précédentes tel que développement mental ??(mental growth=même chose que maturité ??) et maturité atteinte par les femmes adultes après un avortement.

La théorie de Bergum sur le devenir mère, suggère que les mères qui ont donné naissance ont expérimentés la sensation de vide corporelle et que «la présence des enfants reste avec eux en l'absence de l'enfant». Dans cette étude, les participantes ont des expériences similaires, mais avec la différence que la présence du fœtus est restée, mais sous la forme d'un enfant imaginaire. Il est donc suggéré que la théorie Bergum soit élargie pour inclure les femmes qui subissent une IVG.

Les entretiens dans la présente étude, qui ont été effectuées 2-6 semaines après l'avortement, avaient des similitudes avec les interviews réalisées avant l'avortement. Les jeunes femmes ont continué à réfléchir sur elles-mêmes, de la parentalité et de la fécondité dans une perspective de cycle de vie. Réflexions sur la fertilité ont été révélées dans ces récits, comme dans les entretiens avant les avortements. D'autres recherches sont nécessaire pour approfondir notre compréhension de la façon dont la confiance ou manque de confiance dans la fécondité interagit avec l'activité sexuelle des jeunes femmes et de l'utilisation de contraceptifs pour confirmer ou nier la fécondité. Ces connaissances pourraient éventuellement faire la lumière sur les avortements des jeunes femmes de manière répétée et retarder de procréer (delayed child bearing).

Des recherches récentes indiquent que les adolescentes en Suède ont une connaissance limitée des faits de l'avortement et leurs idées sur les dimensions existentielles de subir un avortement ne sont pas claires. Notre étude met en évidence l'importance des questions

	<p>existentielles dans l'expérience de l'avortement. La fécondité est un autre aspect central et complexe de l'expérience, avec de possibles implications tout au long de la vie.</p> <p>Selon la théorie Nussbaum de l'éthique du développement et les résultats de cette étude prétendent que les questions existentielles et de fertilité ont besoin de l'attention des professionnels, dans l'éducation sexuelle des jeunes en Suède. De plus, cette étude signale que les soins des professionnels devraient être caractérisés par l'engagement et fondée sur une perspective éthique du patient. Dans cette perspective, une jeune femme devrait être considérée comme la personne la plus appropriée pour prendre soin de sa propre situation de vie. En encourageant les jeunes femmes à réfléchir sur leurs croyances, les pensées et les hypothèses sur l'avortement peuvent favoriser l'obligation d'assumer leur responsabilité. Les sages-femmes peuvent également soutenir les jeunes femmes de manières appropriées dans une situation douloureuse, ainsi que promouvoir leur responsabilité pour leur fertilité future.</p>
<p>Critères d'analyse</p> <p>Qu'est ce que je recherche dans l'article / documentation lue ?</p> <p>Banque de données</p> <p>Auteurs et champ d'expertise</p>	<p>L'expérience des jeunes femmes (entre 18-20ans) de l'avortement, les thématiques sortantes des interviews.</p> <p>Cinahl</p> <p>Deux auteurs travaillent dans : « Department of women and Child Health, Division of reproductive and périnatal Health Care », à Stockholm ainsi que « School of Health Sciences, University of Borås » à Borås et « Department of Caring and Public Health, Mälardalens University » à Mälardalens et la 3^{ème} auteur : « International Maternal and Child Health, department of Women's and Children's Health, Uppsala University » à Uppsala</p>
<p>Analyse détaillée du contenu</p>	

Etat actuelle des connaissances sur la thématique/cadre théorique utilisée	Les expériences complexes d’avoir un avortement décrit dans des recherches précédentes et la tendance au nombre croissant d’avortement et d’avortement à répétition chez les jeunes femmes, malgré l’accès au savoir et à la contraception, appelle à une étude « dirigée dans le sens de perspective du sens de l’expérience de l’avortement. Les résultats viendront compléter la compréhension des études précédentes ainsi que contribuer à l’amélioration des soins au cours d’avortement et l’amélioration des programmes de santé reproductive.
Perspectives de l’étude	D'autres recherches sont nécessaires pour approfondir la compréhension de la façon dont la confiance ou manque de confiance dans la fécondité interagit avec l'activité sexuelle des jeunes femmes et de l'utilisation de contraceptifs pour confirmer ou nier la fécondité. Ces connaissances pourraient éventuellement mettre la lumière sur les avortements des jeunes femmes de manière répétée et ainsi retarder la procréation (delayed child bearing).
Intérêt pour mon travail de Bachelor	Interviews avec thématiques ressorties des entretiens, femmes de 18-20 ans. Expérience sur le court-terme.

Etude 5

Halldén, B-M., Christensson, K., Olsson, P. (2005). Meanings of Being Pregnant and Having Decided on Abortion : Young Swedish Women’s Experiences. *Health Care for Women International*, 26. 788-806.

Devis	Etude qualitative phénoménologique herméneutique
Aspects éthiques	Une approbation éthique a été obtenue du « comité d’éthique pour la recherche » de la faculté médicale de l’université de Gothenburg.
Problématique et visée de l’étude	<p>Les études antérieures ne se penchent pas sur les jeunes femmes qui réfléchissent à leurs expériences pour prendre une décision en matière de reproduction. Une compréhension plus approfondie de ces expériences peut contribuer à l’amélioration des stratégies de soins et de prévention d’avortement à l’adolescence.</p> <p>But : Le but de cet article est d’éclaircir le sens donné au fait d’être enceinte et d’avoir décidé d’avorter.</p> <p>Théorie : Ricoeur</p> <p>Les limites de l’étude : pas de limites exprimées</p>

Echantillon	<p>Recrutement : Les jeunes femmes ayant subi un avortement ont été recrutées dans une ville de taille moyenne ainsi que dans une ville de grande taille de Suède. Elles avaient consulté dans une clinique pour jeunes ou dans des cliniques de jour et ont été invitées à participer à cette étude pendant la première moitié de l'année 2003. Les jeunes femmes ont été informées verbalement et invitées par les sages-femmes. Celles-ci ou le principal investigateur, si présent, leur ont donné une description écrite de l'objet, ainsi que la procédure de la recherche. Elles ont été assurées de confidentialité. Quatre des femmes ont décliné cette invitation. Les interviews ont eu lieu dans les cliniques mentionnées. Les jeunes femmes représentaient le secteur rural et citadin. Les interviews ont été menées entre la sixième et la neuvième semaine de grossesse et entre 4 et 20 jours avant l'avortement. Neuf des femmes sont nées en Suède et une dans le sud de l'Europe. Deux femmes ont des parents immigrants. Toutes les femmes étaient enceintes pour la première fois et pas mariées. Huit d'entre elles vivent avec leurs parents ou l'un d'entre eux. Une autre vit avec son partenaire et une dernière avec sa sœur. Au moment de l'interview toutes sauf une, avaient maintenu un contact avec leur partenaire. Les jeunes femmes étaient toutes au collège sauf une qui était dans une école drop out school. Toutes les jeunes femmes ont expérimenté l'utilisation de contraceptifs et neuf d'entre elles l'avaient utilisé mais par intermittence. Une jeune femme a utilisé plusieurs fois la pilule du lendemain.</p> <p>Critères d'inclusion de l'échantillon</p> <p>Femmes suédoises enceintes entre 18 et 20 ans.</p>
Méthode de la récolte des données et de l'analyse	<p>Récolte : Les données ont été récoltées au cours d'interviews réflexives approfondies de 25 à 50 minutes. Les interviews ont été enregistrées sur bande audio. L'investigateur principal, qui a interviewé les jeunes femmes, les a encouragées à explorer leur expérience. Les interviews sont conduites autour de questions ouvertes : « Parlez moi de votre expérience d'être enceinte et d'avoir décidé d'avorter » ; « Comment avez vous vécu cela ». Ensuite les participantes ont été encouragées à aller plus profondément dans leur témoignage avec la question suivante : « Pouvez vous m'en dire plus ? ». Avant les interviews, les données concernant l'âge, les études et conditions de vie ont été demandées. Des notes ont été prises immédiatement après les interviews pour enregistrer des informations, comme l'atmosphère pendant les interviews et l'interaction avec l'investigateur. Les interviews ont été enregistrées et retranscrites en incluant les expressions non verbales. Une analyse herméneutique-phénoménologique inspirée de Lindseth et Norberg a été conduite en trois étapes. La méthode inclut la lecture des interviews pour atteindre une compréhension naïve et comprendre le sens de la totalité des interviews. Des analyses structurales ont été conduites pour valider la fidélité de la compréhension naïve afin d'avoir des moyens de description sur la variété de signification des interviews.</p>
Résultats	<p>Compréhension naïve</p> <p>La compréhension naïve du phénomène de devenir enceinte et de décider à avorter peut être exprimé comme un événement de vie complexe et un processus cognitif. Cet événement et ce processus touchent les croyances des jeunes femmes dans leur capacité à être enceinte, à donner la vie ou non et à attendre pour donner la vie. L'usage de la contraception a échoué et le test de grossesse le confirme. Cela signifie qu'il faut choisir entre deux méthodes d'avortement et porter le souci de ce qui va se passer durant l'intervention. Cette situation implique aussi le besoin de soutien, pour le plus souvent des proches, parfois des partenaires et des amis. Le processus inclut le choix d'attendre pour donner la vie dans le futur soit pour des raisons économiques, soit pour une cause d'éducation incomplète.</p>

Thèmes

- **Rencontre d'une compréhension inattendue de soi-même et de sa fertilité**

Faire face à un désir inattendu d'être fertile

Les femmes n'avaient pas l'air de croire en leur propre capacité d'être fertile. Par conséquent, la présente grossesse était la confirmation de leur fertilité. La reproduction biologique semble avoir été plus ou moins expérimentée avec la révélation d'un désir inattendu et intuitif d'être fertile.

Changement du corps par des sentiments mitigés

Les jeunes femmes ont rapporté des sentiments et réactions fortes quand elles se sont décrites elles-mêmes comme étant différentes dans leur corps dans un stade précoce de la grossesse. Elles ont décrit leur corps comme un ensemble, incluant les changements corporels et la stimulation d'un stress émotionnel. Les changements physiques ont été vécus positivement et négativement. De forts sentiments ont été décrits tels que morosité, instabilité, imprévisibilité et sensibilité.

- **Désir d'être comprises par des personnes de confiance**

Besoin d'être comprise

Les femmes ont révélé un grand besoin de parler et d'être écoutées par des personnes de confiance comme des membres de leur famille, des amies et petits amis. Les personnes de confiance ont été décrites comme un soutien important qui transmet un sentiment de sécurité dans le processus. Les femmes ont apprécié la compréhension et le soutien de leurs mères et des amies ayant eu leur propre expérience de l'avortement. En parlant avec les autres, elles voulaient être reconnues dans leurs propres droits et être en confiance en restant maître de leur propre décision. Pendant le processus, les femmes ont eu un sentiment d'ambivalence et il apparaît qu'elles ont été indirectement influencées par les mères et amies qui ont aussi expérimenté l'avortement.

Peur de l'insatisfaction des parents et les menaces de violence

Quelques femmes ont eu peur de l'insatisfaction de leurs parents et des menaces de violence parce qu'elles ne correspondaient pas à leurs attentes et à leurs espérances.

- **Essayer différentes positions par rapport à la grossesse et l'avortement**

Visualiser la vie déposée dans le corps avec proximité et distance

Les réflexions des femmes ont inclus la proximité et la distance par rapport à la vie déposée dans leur corps, en combinaison avec l'ambivalence de l'interruption de grossesse. La façon de visualiser le fœtus a semblé aider les femmes à décider d'avorter. Quelques femmes ont décrit une vie déposée dans leurs corps comme étant capable de vivre à l'intérieur mais pas de vivre à l'extérieur de l'utérus, et le fœtus comme étant si petit qu'il n'était presque rien.

Anticiper l'avortement avec peur et anxiété

Les femmes ont découvert la peur et l'anxiété en relation à la planification de l'avortement. Les sources d'anxiété ont été celles des mères et des amies, ainsi que des histoires terrifiantes sur les fausses couches et l'avortement. Les autres sources d'anxiété ont été les articles de journaux. Les femmes ont aussi exprimé une incertitude et des pensées par rapport aux autres femmes qui avaient subi un avortement le même jour qu'elles. L'image d'avoir eu plein de femmes autour de soi qui avortent.

S'imaginer soi-même plus ou moins impliquée durant l'avortement

Les femmes ont du choisir entre la méthode médicale et chirurgicale d'avortement. L'avortement médical était associé avec le fait de prendre une médication orale, être éveillée, et être la personne qui avortait activement. Etre éveillée pendant l'avortement implique la possibilité de voir l'hémorragie et le fœtus. L'avortement chirurgical nécessite une narcose et c'est le chirurgien qui mène l'intervention. De ce fait, la jeune femme n'y participe pas activement.

Considérer la possibilité de regretter l'avortement

Dans les interviews, la naissance et la maternité étaient visualisées par les femmes. Elles ont exprimé leur appréhension envers le fait de ne plus pouvoir être enceinte et peut-être de regretter leur avortement. Les femmes ont parlé de leurs émotions telles que le sentiment de perte de la grossesse et du fœtus avorté.

- **Approcher la maternité prévue dans la vie d'adulte**

Perception de soi comme trop jeune pour être une mère aimante

Les femmes ont mis en avant le fait d'être jeune pour avoir pris la décision d'avorter. Elles ont exprimé un besoin de prendre soin d'elle-même, de finir leurs études, d'avoir un travail, d'être stable et d'avoir une relation d'amour avant de pouvoir prendre soin d'un bébé. Les jeunes femmes ont considéré que le droit de l'enfant était d'avoir de bons parents aimants. Elles se sentaient trop jeune pour être limitées dans leurs activités.

Considérer les aspects pratiques et économiques de la maternité

Les jeunes femmes ont révélé les aspects pratiques et économiques. Une des conséquences de devenir mère a été considéré comme

	<p>un manque de capacité à s'adapter ainsi que le résultat de leur éducation. L'impact sur un enfant, si elles ne pouvaient pas en prendre soin, émotionnellement et financièrement, a aussi été mis en évidence. Les aspects financiers mentionnés étaient de ne pas pouvoir offrir à un enfant de belles années de croissance, à cause de leur pouvoir d'achat réduit.</p> <p><i>S'examiner soi-même sur le fait d'avoir été enceinte involontairement</i> Elles se sont interrogées et ont regretté de pas avoir pris leur responsabilité en utilisant des contraceptifs et préservatifs. Cette attitude les a menées à une grossesse. Ces femmes n'ont rendu personne responsable si ce n'est elle-même.</p> <p>La compréhension de l'expérience peut être formulée avec cette phrase ; « Je suis heureuse de ma fertilité mais j'ai choisi de ne pas donner la vie maintenant. »</p> <p>Je suis heureuse de ma fertilité - Il semble que pouvoir être enceinte et donner la vie fasse partie des plans de ces jeunes femmes. Elles ont été intentionnellement enceinte, dans le sens que leur grossesse a été mal calculée et s'est produite plus vite qu'elles ne le désiraient.</p> <p>Mais j'ai choisi – Un choix est révélé dans le sens qu'elles ont fait face à une grossesse et à un souhait de planifier plus tard la maternité. Le choix est compris comme un processus de considération, l'achèvement de la grossesse ou non. En même temps, elles ont du faire face à l'anxiété et à la peur de regretter leur avortement.</p> <p>De ne pas donner la vie maintenant – Les jeunes femmes ont pris la responsabilité de leur décision. Dans cette situation, elles ont révélé un grand besoin de compréhension de la part de personnes de confiance. Elles ont considéré qu'elles étaient trop jeunes, n'avaient pas terminé leurs études, étaient sans travail, sans relation stable, éléments importants pour élever un enfant.</p>
<p>Discussion et seuil de signification (implications pour la pratique)</p>	<p>Les jeunes femmes avaient du mal à croire en leur propre fertilité. Elles ont eu besoin de soutien de personnes de confiance. Cela souligne l'importance de confirmer leur capacité à donner la vie et à croire en leur fertilité. Les résultats révèlent que les jeunes femmes à ce stade de développement sont égocentriques et qu'elles progressent vers la maturité de l'identité et le comportement sexuel. Les participantes ont aussi décrit un sentiment de « ca ne peut pas m'arriver à moi ! »</p> <p>Les résultats contribuent à une meilleure compréhension de la fertilité et du désir de reproduction, notions fondamentales et naturelles dans la vie de ces jeunes femmes. Il semble cependant important de leur permettre de croire en leur fertilité et leur capacité à donner la vie avant l'expérience d'une grossesse non désirée et d'un avortement.</p> <p>Si nous voulons accroître la capacité à développer des interventions pour les jeunes femmes sexuellement actives, nous devons prêter attention au fait que le développement de celles-ci est guidé par différents éléments : leurs fabulations, leurs croyances personnelles de la féminité et le contexte dans lequel elles se produisent.</p> <p><i>La rencontre inattendue de la compréhension de soi et de la fécondité</i> Notre étude montre que les femmes semblaient plus ou moins conscientes de leur désir de se reproduire. Il semble que les jeunes femmes ne pouvaient pas être sûres de leur fertilité avant d'avoir la preuve d'être enceinte. Le mystère et l'importance de la fertilité ainsi que le désir de donner la vie a été un point central dans la vie des êtres humains depuis des décennies. Durant les entrevues, les femmes ont également révélé</p>

une peur d'une stérilité future.

Il est intéressant d'examiner comment l'implication des parents (Adler, Ozer, & Tschann, 2003) est influencée par les différentes perspectives de la virginité ou la fertilité. Elle est une atteinte au droit d'une femme de maîtriser sa fécondité. Ces perspectives pourraient également être prises en compte dans les conseils sur la contraception. D'autres domaines pouvant être touchés sont, les programmes de prévention de l'avortement et la facilité d'obtention des contraceptifs.

Les jeunes femmes ont révélé un désir inattendu et intuitif d'être fertiles et ont exprimé un sentiment de bonheur dans leur capacité à être enceinte. Des sentiments positifs, comme l'émerveillement et le bonheur liés à la grossesse ont également été identifiés dans une étude chez les femmes suédoises qui ont subi un avortement (Kero et al., 2001).

Compréhension par les personnes de confiance

La décision d'avoir un avortement a révélé l'importance d'être comprise par les autres personnes de confiance, souvent par des femmes ayant vécu leur propre expérience de l'avortement.

Positions par rapport au fœtus et à l'avortement

Notre résultat montre que les femmes considéraient le fœtus autant humanisé que déshumanisé. Certaines femmes se sont imaginées elles-mêmes comme plus ou moins impliquées dans l'exercice de l'avortement, selon la méthode utilisée. Probablement, ces différentes croyances et notions leur ont permis de réduire leur anxiété dans la prise de décision.

Approche de la maternité d'adulte

Les jeunes femmes interrogées semblaient prolonger l'adolescence, en se jugeant elles-mêmes comme n'étant pas encore assez mûres pour assumer la responsabilité de la maternité. Elles ont préféré donner la priorité à leur éducation et à leur vie d'adolescentes.

Elles ont vécu sans émotions négatives liées à la désapprobation sociale de leur grossesse et de leur avortement. Ce résultat reflète la culture contemporaine suédoise, où il est une norme sociétale que les jeunes femmes ont le droit à la fois, à la sexualité et à la maîtrise de leur fécondité. Dans les cultures valorisant la natalité, le désir des femmes à contrôler leur fertilité peut être limité par des normes sociales. Cela contraint les femmes enfanter, de ce fait, les avortements ne sont généralement pas acceptés.

Implications

Nos résultats contribuent à une meilleure compréhension de la fertilité et du désir de reproduction, essentiels et naturels dans la vie des jeunes femmes. Il semble cependant important de leur permettre de croire en leur fertilité et à leur capacité à donner la vie avant l'expérience d'une grossesse non désirée et un avortement.

D'autres études sont nécessaires pour développer la compréhension du sens de l'expérience des jeunes femmes. Des connaissances sur l'expérience des jeunes hommes en rapport à l'avortement de leur partenaire, sont aussi requises.

Dans tous les pays, l'avortement représente généralement l'échec à prévenir une grossesse non désirée. En Suède, ce phénomène n'est pas lié

	<p>au manque d'accès à une contraception efficace. Dans une perspective de prise en charge, il est important de développer la prévention, à la fois pour un premier avortement et pour des avortements répétés. En Suède, les infirmières et sages-femmes sont les principales dispensatrices de soins offrant des services de contraception et de participation à l'éducation sexuelle et aux relations interpersonnelles. Les professionnels de la santé, qui répondent aux jeunes femmes, ont besoin d'en savoir plus au sujet de leur expérience vécue dans le but d'une meilleure prise en charge.</p> <p>Du point de vue professionnel, il est nécessaire de reconnaître les récits des jeunes femmes, ce qu'elles expriment à travers leur croyance et leur capacité à être fertile et à donner la vie.</p>
<p>Critères d'analyse</p> <p>Qu'est ce que je recherche dans l'article / documentation lue ?</p> <p>Banque de données</p> <p>Auteurs et champ d'expertise</p>	<p>L'expérience des jeunes femmes par rapport à l'avortement. Comment elles le vivent ? Quels sont les points clé de leur décision ?</p> <p>Cinahl</p> <p>Deux auteurs travaillent dans : « Department of women and Child Health, Division of reproductive and périnatal Health Care », à Stockolm ainsi que « Scool of Health Sciences, University of Boras » à Baras et « Department of Caring and Public Health, Mälardalens University » à Mälardalens et la 3^{ème} auteur : « International Maternal and Child Health, department of Women's and Children's Health, Uppsala University » à Uppsala</p>
<p>Analyse détaillée du contenu</p> <p>Etat actuel des connaissances sur la thématique/cadre théorique utilisé</p>	<p>L'avortement est un sujet de santé publique en Suède. Des efforts sont menés depuis plusieurs années pour tidentifier les besoins des jeunes en matière de sexualité et de vie amoureuse. Des cliniques pour jeunes ont été créés dans tout le pays pour donner aux adolescents plus éducation en matière de sexualité et pour fournir un accès facile à la contraception et aux services de conseil. Avec ces efforts et cette attitude libérale envers les grossesses hors du mariage, on pourrait supposer que le taux d'avortement chez les jeunes a diminué au cours des dernières années. En réalité ce n'est pas le cas. Les jeunes en Suède ont de bonnes connaissances générales sur la pilule du lendemain. En revanche, ils ont un manque de connaissances spécifiques sur les conditions d'une efficacité optimale et du mode d'action.</p>

Perspectives de l'étude	D'autres études sont nécessaires pour développer la compréhension du sens de l'expérience des jeunes femmes. Des connaissances sur l'expérience des jeunes hommes sur l'avortement de leur partenaire, sont aussi requises. Dans une perspective de prise en charge, il est important de développer la prévention à la fois pour le premier avortement et les avortements répétés.
Intérêt pour mon travail de Bachelor	Cette étude est intéressante car elle développe le sens de décision face à l'avortement et au sens que les femmes donnent à ce choix. Elle témoigne des expériences de jeunes femmes qui ont avorté et ce qu'elles ont perçu lors de cet événement. L'étude phénoménologique et les interviews font ressortir les thématiques abordées.

Etude 6

Kero, A., Högberg, U., Lalos, A. (2004). Wellbeing and mental growth – long-term effects of legal abortion. *Social Science & Medicine*, 58. 2259 – 2569.

Devis	Etude qualitative et quantitative
Aspects éthiques	L'étude a été approuvée par le comité d'éthique de la Faculté de médecine de l'université de Umea (Suède)
Problématique et visée de l'étude	<p>Peu d'études ont étudié le long terme après la réponse émotionnelle à l'avortement.</p> <p>But : L'étude vise à accroître les connaissances sur le thème « comment faire face à l'avortement légal » en étudiant le raisonnement des femmes, leur réaction et leur émotion sur une période de 1 an.</p> <p>Théorie : Kvale (1996)</p> <p>Les limites de l'étude : pas de limites exprimées</p>

Echantillon	<p>Recrutement : La présente étude a été réalisée à l'Hôpital universitaire d'Umea (dans le nord de la Suède), au cours d'une période de 9 mois en 1995. On a demandé aux 250 femmes qui ont souhaité de façon consécutive un avortement légal, de participer dans cette étude par questionnaire. La participation s'est élevée à 88%. Le taux de refus était de 12% a été justifié principalement par un manque de temps. Parmi les 100 premières femmes, chaque troisième femme, puis chaque 2^{ème} femmes ont également été consécutivement demandés si elles étaient également disposées à participer à une étude éventuelle (quelques jours après l'étude des questionnaires, et à 4 mois et 12 mois après l'avortement). Ainsi, 98 femmes ont été invitées à participer. En tout, 65 femmes (66%) ont accepté de participer à l'étude de suivi dont 61 femmes à 4 mois de suivi et 58 femmes avec un suivi de 12 mois. Pour créer les meilleures conditions possibles, les intervenants ont d'abord été contactés afin de mettre en place un temps convenable pour l'entrevue. Les entretiens ont duré environ 30 à 40 minutes et ont été menés par téléphone par deux travailleurs médico-sociaux expérimentés dont l'un est le premier auteur (AK). Ainsi, une combinaison de méthodes quantitatives et qualitatives a été choisie.</p> <p>Critères d'inclusion de l'échantillon</p> <p>Toutes les femmes qui ont consulté pour un avortement et qui sont d'accord d'être suivies sur une plus longue période après l'avortement.</p>
Méthode de la récolte des données et de l'analyse	<p>Récolte : Les données ont été recueillies principalement sur la base d'un questionnaire élaboré sur des recherches antérieures. L'étude portait sur des questions de conditions de vie, de raisons de l'avortement, de processus décisionnel et des sentiments et attitudes à l'égard de la grossesse et de l'avortement. Les sentiments ont été provoqués en demandant aux femmes de choisir parmi des listes de mots décrivant leurs propres sentiments. Des émotions autres que celles énumérées pouvaient également être ajoutées. Outre l'enregistrement de la fréquence avec laquelle chaque émotion a été approuvée, trois catégories de répondantes ont été notées:</p> <ul style="list-style-type: none"> • celles qui ont exprimé que des sentiments positifs, • celles qui n'ont ressentis que des sentiments pénibles ou encore • celles qui ont vécu les deux sentiments, positifs et douloureux. <p>Sur la base de ce questionnaire, des interviews semi structurées ont été conçues en se concentrant sur les attitudes, les sentiments et les expériences ressenties 4 et 12 mois après l'avortement. Outre les questions à choix multiple structurées par une liste de mots (en lien avec les sentiments), il y avait un certain nombre de questions ouvertes qui ont encouragé les répondants de s'exprimer librement. Celles-ci permettaient à l'intervieweur d'aller plus profondément dans les interrogations. Les questions ouvertes concernent par exemple les troubles psychologiques post-avortement, les expériences, les attitudes et les comportements d'adaptation (coping) relatifs à l'avortement. ' « Quelle est votre opinion sur votre capacité à faire face à l'avortement ? » « Que pensez-vous de l'avortement aujourd'hui, un an plus tard » , « qu'est ce que l'avortement représente pour vous ? ». De plus, les femmes ont du parlé de leur expérience de l'avortement dans un sens positif ou négatif.</p> <p>Analyses :</p> <p>Les réponses aux questions ouvertes ont été écrites pendant et en relation directe avec chaque entrevue (pas de bande d'enregistrement). Dans l'analyse, le texte a été examiné et classé par le groupe de recherche, afin de parvenir à l'intersubjectivité dialogique (Kvale, 1996). Ensuite, trois sous-groupes ont été formés sur la base des descriptions des réactions femmes sur leur environnement immédiat post-avortement:</p> <ul style="list-style-type: none"> • celles qui n'ont pas fait état de souffrance - les femmes, sans détresse émotionnelle, • celles qui avaient une certaine détresse affective - les femmes atteintes / détresse émotionnelle modérée

	<ul style="list-style-type: none"> celles qui ont déclaré la souffrance et le deuil - les femmes en détresse émotionnelle. <p>Ainsi, les résultats de la présente étude émanent de trois sources, le questionnaire dans le cadre de l'avortement et les entrevues 4 et 12 mois après l'avortement.</p> <p>Les analyses statistiques ont été réalisées en utilisant les programmes paquet statistiques (SPSS), version 10.0. Les variables discrètes ont été comparées avec le test de chi carré (χ^2) du test exact, Monte Carlo). Une valeur de $p < 0.05$ a été considérée comme statistiquement significative.</p>
Résultats	<p>Données démographiques</p> <p>Au moment de l'avortement les femmes avaient un âge moyen et médian de 28 ans. La grande majorité (48/58) avait une relation de couple et plus de la moitié (34/58) avait été mariée ou vivait en concubinage. De plus, la moitié des femmes (29/58) étaient employées et 18 étaient des étudiantes. Le reste (11/58) était essentiellement composé de chômeuses ou de femmes en congé parental. La majorité (41/58) a évalué une situation financière adéquate, tandis que le reste a déclaré que leur revenu était trop faible ou qu'il ne répondait tout simplement pas à leurs besoins. Lors de la première année de suivi, il a été constaté que la majorité (40/58) avait encore une relation de couple avec l'homme dont elles étaient tombées enceintes. Dix-sept femmes (17/40) ont décrit leur relation comme inchangée dans la qualité, 18 ont estimé qu'elle s'était améliorée, tandis que cinq ont indiqué que l'avortement avait influencé leur relation de façon négative. Quatre femmes sont tombées enceintes, et deux avaient déjà donné naissance à un enfant alors qu'une seule avait eu un avortement légal. La moitié des femmes (29/58) a signalé des changements concernant leur emploi. Soit elles avaient commencé à travailler ou travaillaient plus qu'avant l'avortement.</p> <p>Réactions et émotions post-avortement</p> <p>L'étude, réalisée par questionnaire avant l'avortement, a montré que la plupart des femmes (37/58) n'a connu des sensations douloureuses qu'au début de la grossesse. Elles ont eu comme une impression d'irréel, de désespoir, de panique et de chagrin tandis que le reste (21/58) a également eu des sentiments positifs, tels que l'émerveillement et du bonheur. En outre, un tiers (18/58) a déclaré qu'elles savaient avant même de tomber enceinte qu'elles choisiraient de se faire avorter. Au total, 76% de toutes les femmes a déclaré avant la fin de la grossesse que rien ne pourrait les faire changer d'avis. Cependant, face à l'avortement près d'un tiers (17/58) a déclaré avoir des sentiments pénibles tels que l'anxiété, le chagrin, la culpabilité, la sensation de vide et d'angoisse. En outre, cinq d'entre elles ont utilisé le mot "crise". Le suivi post-avortement à 1 an, montre qu'une femme a regretté son avortement et une en a parlé comme d'une erreur. Cependant, la majorité a associé l'avortement à un sentiment de soulagement ou de libération. Cinquante femmes considèrent la fin de la grossesse comme une forme de prise de responsabilité. Toutefois, deux femmes ont déclaré une « certaine perturbation mentale » liée à l'avortement. Bien que la plupart des femmes aient subi l'avortement comme un soulagement, la moitié (29/58) a également exprimé en parallèle un sentiment douloureux comme celui de deuil, de vide ou encore de culpabilité. Lorsque l'on compare les sentiments des femmes face à l'avortement avec celui ressenti après une année de suivi, il a été constaté que le nombre de celles qui ont manifesté des sentiments positifs a augmenté de 16% à 47%, tandis que le nombre qui avait déclaré que des sentiments douloureux a diminué de 30% à 3%. Toutefois, celles qui avaient signalé à la fois des sentiments positifs et douloureux est resté numériquement à peu près la même (respectivement 54% et 50%,).</p> <p>En dépit des sentiments contradictoires, la plupart des femmes (52/58) à 1 année de suivi ont jugé leur capacité à faire face à l'avortement comme « très bonne » ou « bonne », cinq l'ont qualifiée de « plutôt bonne ». On constate aussi que 57% des femmes disent n'avoir jamais ou presque jamais pensé à l'avortement. En outre, 31% pensent à l'avortement une fois par mois et 12% une fois par semaine. Plus de la moitié des</p>

femmes (32/58) ont rapporté que des expériences positives comme la maturité, la connaissance de soi, le renforcement de l'estime de soi. Plusieurs ont pris conscience qu'elles possédaient une force intérieure, ce qu'elles n'avaient pas réalisé auparavant. En outre, les sentiments de la mère, se sachant fertile, et les expériences spécifiques ont été mentionnés comme des effets positifs. D'autres sont devenus plus tolérantes envers autrui. Elles mentionnent aussi une certaine amélioration dans leur relation avec leur partenaire ou dans la pratique contraceptive. Celles qui ont eu des expériences mitigées ou mauvaises les ont mises en relation avec la souffrance émotionnelle ou mentale, les mauvais traitements reçus à l'hôpital et / ou une perturbation la vie sexuelle.

Trois sous-groupes de femmes

Au cours des 4 mois de suivi, la plupart des femmes (56/58) étaient satisfaites de leur décision d'avorter et 48 ont déclaré qu'elles avaient vécu l'avortement comme un soulagement et/ou une libération. Dans l'ensemble, les réactions des femmes, 4 mois après l'avortement, ne diffère pas du résultat à 1-année de suivi. Lors des 4-mois de suivi, les femmes ont également été interrogées sur leurs réactions post-avortement immédiat, et trois sous-groupes principaux peuvent être mis en évidence:

- les femmes sans détresse émotionnelle (62%)
- les femmes avec une légère/modérée détresse émotionnelle (17%)
- les femmes avec une détresse importante (21%).

Aucune différence significative n'a été observée entre ces sous-groupes concernant l'âge, le niveau d'éducation, l'état civil, la situation financière personnelle, les enfants et les avortements antérieurs.

Les femmes, sans détresse émotionnelle

Près des deux tiers de toutes les femmes (36/58) n'ont signalé aucune détresse émotionnelle, ni directement après l'avortement, ni à 4-mois, ni à 1 an de suivi. La majorité (26/36) n'avait pas connu de conflit de conscience avant l'avortement et une seule avait exprimé le désir de poursuivre sa grossesse. Il leur a, en outre, été demandé de donner leurs motivations de recourir à un avortement. Les femmes ont souligné qu'elles ne voulaient pas enfanter, car elles avaient déjà des enfants ou que ça n'était pas le bon le moment pour devenir parent. Bien que, ces femmes n'aient pas ressenti de sentiment de détresse à la suite de l'avortement, près d'un tiers (11/36) ont associé à cet acte des sentiments comme la tristesse, le vide et la culpabilité.

Les femmes souffrant de détresse émotionnelle légère ou modérée

Pour 10 femmes sur 58, la plupart des motifs pour avorter étaient en lien avec des circonstances extérieures, telles que le partenaire ou le fait que la grossesse avait débuté dans une relation problématique. Le questionnaire avant l'avortement a également montré que la moitié avait eu un conflit de conscience et trois ont déclaré que leur religion avait rendu la décision plus difficile. Lors des 4-mois de suivi, ce sous-groupe de femmes a décrit leurs sentiments post-avortement immédiat, en termes de tristesse, de solitude, de honte, de culpabilité et de regret. Il a été constaté que la détresse a été de courte durée et qu'aucun cas de troubles mentaux n'a été signalé, que se soit après 4 mois ou 12 mois de suivi. En outre, presque toutes ont exprimé des sentiments de soulagement à la fois 4 et 12 mois après l'avortement. Huit ont considéré l'avortement comme une forme de prise de responsabilité, tout comme le suivi. Aucune n'avait regretté sa décision, bien que, 1 an plus tard, toutes sauf deux, aient ressenti des sentiments tels que chagrin, culpabilité et vide avec l'avortement. Les réflexions dans ce sous-groupe ont

	<p>été liées à des considérations éthiques et/ ou la déception du partenaire.</p> <p><i>Les femmes souffrant de détresse psychologique sévère</i></p> <p>Dans ce sous-groupe (12/58), la décision d'avorter avait été difficile et a entraîné beaucoup de conflits. Par exemple, trois ont clairement indiqué qu'elles voulaient donner naissance à l'enfant et cinq autres ont été ambivalentes. En outre, neuf avaient ressenti l'avortement comme la source d'un conflit de conscience. Deux ont dit que leur religion avait rendu la décision encore plus difficile. Il a également été constaté que, face à l'avortement de ces femmes, et contrairement à celle des autres sous-groupes, les mots utilisés comme la peine, le doute et la crise, sont encore plus utilisés. Cependant, en ce qui concerne l'emploi des mots comme anxiété, respect de soi, impuissance, culpabilité, colère, libération, angoisse, responsabilité, impatience, honte, vide, injustice et violation, aucune différence significative n'a été observée entre les sous-groupes. En outre, ce sous-groupe a donné une justification explicite sur le pourquoi de l'interruption de grossesse. le plus souvent elles mentionnaient l'attitude du partenaire et le manque de ressources socio-économiques. En dépit des sentiments ambivalents, la plupart étaient décidé à avorter. Toutes, sauf deux, ont déclaré que finalement, la décision d'avorter était la leur. Dans les 4 mois de suivi, ce sous-groupe décrit les réactions directement post-avortement en des termes de processus de deuil, de crise et/ou de dépression. Cinq ont pleuré la perte d'un enfant, quatre affirment que leur réaction est liée principalement à des conflits éthiques et trois mentionnent un manque de soutien et/ou un traitement désagréable à l'hôpital. Cependant, la plupart des femmes ont vécu l'avortement comme un soulagement (7/12) et/ou comme un acte de prise de responsabilité (8/12) à 4 mois de suivi post-avortement. Après 1 an, la plupart des femmes étaient réconciliées avec l'avortement, bien que tous les sentiments douloureux liés à celui-ci, tels que l'injustice, le chagrin et le vide n'avaient pas totalement disparu. Dix ont vu leur avortement comme étant une nécessité ou un sacrifice.</p>
Discussion et seuil de signification (implications pour la pratique)	<p><i>Bien-être et croissance mentale</i></p> <p>La présente étude met en évidence le fait que, presque toutes les femmes ont obtenu un avortement légal, qu'elles l'ont vécu comme un soulagement ou comme une forme de prise de responsabilité, non seulement immédiatement après l'avortement, mais aussi à 4 et 12 mois post-avortement. Dans l'ensemble, les réactions à 1-année de suivi ne différaient pas des résultats à 4-mois de suivi. L'étude montre également que la majorité des femmes considèrent les séquelles de l'avortement comme un processus de croissance et de maturation. En outre, la présente étude établit que presque toutes les femmes considèrent comme bonne leur capacité à faire face à l'avortement, bien qu'un cinquième ait eu des réactions de crise et que, presque autant aient rapporté une détresse modérée directement après l'avortement. L'étude montre aussi que, les sentiments contradictoires et douloureux dans l'avortement ne signifient pas en soi, que les femmes appartiennent à un groupe à risque particulier pour des réactions négatives dans le post-avortement.</p> <p>L'étude a porté, non seulement sur les expériences de l'avortement mais, aussi sur les réactions à la grossesse. La question de l'avortement est complexe et multiforme, ce qui est également confirmé dans cette étude. La grossesse et l'avortement légal sont définitivement des événements de la vie. Bien que la plupart des femmes, dans la présente étude, n'ait pas connu l'avortement comme traumatique, il est important de ne pas banaliser l'interruption de grossesse. Les réponses à l'avortement des femmes sont complexes. Bien qu'elles étaient satisfaites de leur décision et n'avaient pas connu de détresse affective post-avortement, près de la moitié des femmes ont reliés l'avortement à des sentiments aussi bien douloureux que positifs à 1-année de suivi. Dans une étude antérieure, nous avons montré que des sentiments ambivalents par rapport à l'avortement peuvent être considérés comme une réponse logique. En effet, dans ce contexte, les valeurs incompatibles et les intérêts se heurtent souvent dans la décision d'avorter (Kero & Lalos, 2000). La complexité de la question de l'avortement</p>

est également reflétée dans les résultats de la psychothérapie. Ceux-ci montrent que le sentiment de soulagement post-avortement n'exclut pas d'autres sentiments comme la tristesse et le chagrin (Lemkau, 1988). Cependant, dans la présente étude, le nombre de femmes qui n'ont subi que des sentiments positifs face à l'avortement a augmenté à 1-année de suivi, tandis que le nombre de femmes qui ont ressenti des sentiments douloureux avait diminué pendant la même période. Ainsi, notre étude montre que les femmes ont la capacité de faire face à des sentiments douloureux et contradictoires et même à l'avortement et qu'elles le ressentent comme le début d'un processus de maturation.

Pour renoncer à la maternité

Nos résultats soulignent que l'avortement peut être considéré comme le bien évident de l'action et/ou la seule alternative lorsque la grossesse est non planifiée et/ou non désirée. La présente étude indique également que 42% des femmes avait déjà pensé à l'avortement comme une solution possible à une grossesse non désirée et que 54% n'avait pas eu de conflit de conscience face à l'avortement. Ainsi, l'étude indique que dans un pays comme la Suède, où les femmes comme les hommes sont censés être financièrement indépendants, la plupart des femmes prennent le droit de renoncer à la maternité et le droit de planifier leur famille. D'autre part, l'étude indique également que les femmes peuvent trouver controversé d'admettre qu'elles puissent vivre l'avortement comme un soulagement. De toute évidence, les attitudes du public envers l'avortement ont un impact sur les attentes et les réactions chez les femmes qui choisissent d'avorter. Il est donc de la plus haute importance que des études soient mises en place, afin faciliter l'accès à un sentiment de liberté et d'indépendance des femmes. À l'inverse, avoir des enfants et devenir une mère sont des notions très appréciées dans la plupart des sociétés. Dans la majorité des contextes culturels, la féminité est fortement associée à la maternité, aux soins et à la bonté. En outre, l'avortement est une question controversée, qui traite et touche les questions existentielles de la vie et la mort. De ces points de vue, on pourrait considérer comme offensant et choquant le fait que les femmes, non seulement renoncent à la maternité, mais aussi à l'expérience de soulagement et de bien-être post-avortement. Bien que, l'avortement soit considéré comme la meilleure solution, environ un tiers a spontanément décrit pour la première fois la découverte de sentiments maternels. La confirmation de la fertilité et la féminité sont quelques-unes des réactions les plus accablantes de la grossesse réelle. Les grossesses non désirées et l'avortement ne sont pas seulement des événements de vie, mais aussi des phases de développement importantes dans la préparation d'une grossesse portée à terme et de la maternité. Ainsi, l'impact des grossesses non désirées et l'avortement légal sur les expériences de futures grossesses, d'accouchement et de parentalité sont des questions importantes pour des recherches futures.

Détresse émotionnelle post-avortement

La présente étude met en évidence que les réactions post-avortement ne peuvent être dissociées de l'expérience de la grossesse et du processus de prise de décision avant l'avortement. Selon les réactions immédiates post-avortement, trois principaux sous-groupes ont été mis en évidence :

- près des deux tiers n'avaient pas connu de la détresse émotionnelle,
- environ un cinquième a eu légère / modérée détresse émotionnelle
- un autre cinquième a connu une grave détresse émotionnelle.

Les caractéristiques de ce dernier groupe ont été les graves sentiments d'ambivalence et une prise de décision suite à de nombreux conflits qui, dans certaines études antérieures (Major et al, 1985; Adler et al, 1990 ; Turell et al, 1990), ont déjà été signalés comme prédicteurs centraux de la détresse post-avortement. Par la suite, certaines de ces femmes ont décrit qu'elles avaient pleuré la perte de l'enfant. Certaines ont aussi souffert à cause de conflits éthiques ou parce qu'elles n'avaient pas l'appui et/ou en raison du traitement antipathique à l'hôpital. Celles qui

	<p>considéraient cette décision comme leur appartenant ont été capable de s'adapter à leurs propres réactions et ont pu faire face à l'avortement à 4-mois de suivi. Ces résultats montrent que le processus de prise de décision qui précède l'avortement est d'une importance décisive pour les réactions post-avortement. Cependant, les femmes qui ont connu un processus de deuil ont estimé cette réaction comme importante et appropriée. La présente étude souligne qu'il est important de ne pas ignorer la détresse affective post-avortement et qu'elle doit être considérée comme normale et importante. Notre étude indique que, pendant le processus de prise de décision, il est primordial de donner aux femmes la possibilité de répondre à leurs sentiments tant à l'égard de la grossesse et que de la paternité réelle présumée. Ainsi, les femmes devraient être encouragées à exprimer leur chagrin et leur souffrance, même si elles ne regrettent pas leur décision.</p> <p>En conclusion, la grossesse peut provoquer des sentiments douloureux chez presque toutes les femmes, tandis que l'avortement à 4 mois et à 12 mois de suivi a été connu par presque toutes comme un soulagement et a été considéré comme la meilleure solution possible. Cette étude montre que ces femmes suédoises sont en général en mesure de prendre la décision complexe d'avorter, sans subir, 1 an plus tard, aucun regrets ou effets négatifs.</p>
<p>Critères d'analyse</p> <p>Qu'est ce que je recherche dans l'article / documentation lue ?</p> <p>Banque de données</p> <p>Auteurs et champ d'expertise</p>	<p>La réaction des femmes sur une période d'une année, l'évolution possible du vécu et des émotions. Approfondir les connaissances liées à l'adaptation des femmes à l'avortement.</p> <p>Pubmed</p> <p>L'un est un travailleur socio médical. Les trois travaillent au : « Department of Clinical Sciences, Obstetrics and Gynecology, University Hospital d'Umea, Sweden. »</p>
<p>Analyse détaillée du contenu</p> <p>Etat actuelle des connaissances sur la</p>	<p>Le taux d'avortement est resté relativement inchangé depuis 1975, de l'ordre de 17-21 pour 1000 femmes âgées de 15 et 44 ans (statistiques suédoises officielles de 2002). La plupart des avortements sont effectués dans le groupe d'âge des 20-24 ans, suivi par le groupe 25-29 ans, 30-34 ans, puis finalement par les adolescentes. Les contraceptifs sont aisément disponibles et tous les avortements en Suède sont effectués dans</p>

thématique/cadre théorique utilisée	les hôpitaux publics. D'autre part, peu d'études ont étudié le long terme après la réponse émotionnelle à l'avortement. Toutefois, dans une étude récente sur les femmes et les hommes ayant eus des sentiments ambivalents 1-an après l'avortement, nous avons constaté que des sentiments ambivalents n'implique pas nécessairement que les femmes, mais que les hommes aussi ont regretté l'avortement ou vécu l'expérience de détresse émotionnelle (Kero & Lalos, 2000). Les facteurs qui prédisent une grave détresse post-avortement reflètent la complexité de la question face à l'avortement. Les femmes les plus à risque semblent être, celles qui ont vécu la grossesse comme significative, celles à qui il manquait un soutien et/ou une ambivalence d'expérience ou encore celle qui ont subi une contrainte au cours du processus de prise de décision (Adler, 1975; Trost, 1982; Major, Mueller, & Hildebrandt, 1985; Turell, Armsworth, & Gaa, 1990; al Adler et, 1992). D'autres facteurs sont le jeune âge, la durée à long terme de la grossesse, les antécédents psychiatriques, la religion et l'attitude défavorable à l'avortement (Osofsy & Osofsky, 1972; Adler, 1975; Ashton, 1980;. Söderberg et al, 1998).
Perspectives de l'étude	L'impact des grossesses non désirées et de l'avortement légal sur les expériences de futures grossesses, d'accouchement et de parentalité, sont des questions importantes pour les futures recherches. La présente étude souligne qu'il est primordial de ne pas ignorer la détresse affective post-avortement et qu'elle doit être considérée comme normale et importante. Notre étude indique qu'il est important pendant le processus de prise de décision de donner aux femmes la possibilité de répondre à leurs sentiments tant à l'égard de la grossesse que de la paternité réelle présumée. Ainsi, les femmes devraient être encouragées à exprimer leur chagrin et leur souffrance, même si elles ne regrettent pas leur décision.
Intérêt pour mon travail de Bachelor	Etude du vécu des femmes après un l'avortement sur un suivi de un an. Aborder la complexité de la problématique de l'avortement. Comparer le ressenti à 4 mois et 1 an.

Etude 7

Trybulski, J. (2006). Women and abortion : the past reaches into the present. *The author, Journal compilation*, 683-690.

Devis	Etude qualitative
Aspects éthiques	Un comité (Institutionnal Review Board) de deux institutions a examiné l'étude. Les participantes ont choisi l'heure et le lieu pour les interviews et ont signé un formulaire de consentement. Celles-ci ont pu refuser de répondre aux questions et interrompre l'entrevue à tout moment. A l'issue des entretiens, aucune des participantes n'a été en difficulté et toutes ont reçu une liste de personne à contacter, si elles souhaitent une

	assistance supplémentaire.
Problématique et visée de l'étude	<p>Des thèmes multiples ont pu être extraits des données (Trybulski 2005) Cf étude 2. Cet article élargit et approfondit un des thèmes, «le passé atteint dans le présent».</p> <p>But : Le but de cette étude était de comprendre les réactions des femmes face à l'avortement, pendant une période prolongée. Pour cette compréhension, il est nécessaire de développer une base de connaissances en soins infirmiers sur ce que certaines femmes peuvent éprouver après une interruption de grossesse sur le long terme.</p> <p>Théorie : Etude qualitative a été conduite sur la base de la méthode de van Manen, la réflexion phénoménologique herméneutique.</p> <p>Les limites de l'étude : L'étude a été menée auprès d'un échantillon de femmes de race blanche, bien formée au niveau scolaire et issues de la classe moyenne. Elle reflète donc l'expérience de l'avortement dans cette population.</p>
Echantillon	<p>Les interviews ont été menées entre 1999 et 2001 sur 16 femmes ayant avorté au moins quinze ans avant l'étude. Au moment de l'étude, elles avaient entre 38 et 92 ans et toutes étaient d'origine américaine et européenne. Toutes avaient suivi un cursus scolaire d'un minimum de 12 ans. Deux des participantes ont avorté illégalement et cinq ont subi plus d'un avortement.</p> <p>Recrutement : Des flyers ont été placés dans des lieux publics, des publicités dans un magazine féminin local ou envoyées par des professionnels de la santé. Les participantes ont téléphoné au numéro disponible, où on leur donnait une brève explication sur la recherche. Les participantes sélectionnées ont pu choisir le lieu du rendez-vous pour l'interview.</p> <p>Critères d'inclusion de l'échantillon</p> <p>Avoir avorté il y a plus de quinze ans pour des raisons non médicales.</p>
Méthode de la récolte des données et de l'analyse	<p>Récolte : La méthode phénoménologique de Van Mannen a été utilisée pour guider cette étude. La raison de la réflexion phénoménologique est de découvrir le sens des expériences vécues et de les décrire à travers des thèmes qui caractérisent l'expérience. Dans cette recherche, les thèmes sont des outils pour transmettre le sens, donner forme à l'essence de l'expérience et décrire le contenu en essayant de toucher l'essentiel de l'essence de l'expérience.</p> <p>Les participantes ont été invitées à une interview. Les interviews se sont déroulées dans des endroits variés, choisis par les participantes. L'endroit devait être confortable pour elle. La partie initiale de l'interview incluait des questions démographiques. Les participantes ont ensuite partagé leur expérience de l'avortement, leur réaction et leur pensée en lien avec cette expérience. Des questions ouvertes ont été utilisées pour détailler les réactions sur le long terme et pour centrer les participantes sur leurs pensées en leur donnant l'opportunité de relater leurs</p>

	<p>impressions. Les questions portaient sur les perceptions de l'expérience de l'avortement, mais plus précisément la décision d'avorter, le soutien disponible, ainsi que sur les réponses physiques et émotionnelles au moment de l'avortement. En plus, les participantes ont décrit ce qu'a été leur vie, depuis ce jour. Le silence a été utilisé comme technique de communication, ce qui permettait aux participantes de transmettre d'autres aspects de leur expérience unique. A la fin de l'interview, les chercheurs offraient aux participantes une liste de groupes d'entraide ou de thérapies individuelles. La longueur des entretiens était entre 90 et 120 minutes. Un deuxième contact s'est fait avec toutes les participantes pour vérifier les narrations anecdotiques, afin de rediriger ou de compléter les interviews.</p> <p>Les chercheurs ont utilisé l'analyse phénoménologique pour dévoiler les structures de l'expérience et de les transmettre en texte, sous forme de narrations anecdotiques, thèmes et transformations linguistiques. Une méthode d'expert a réexaminé le développement de l'analyse pour s'assurer de la contrôlabilité des résultats. Les narrations anecdotiques sont des outils puissants, qui guident et donnent de l'énergie à l'analyse. Premièrement, une narration anecdotique, provenant des interviews, a été construite pour chaque participante, vérifiée avec la participante et révisée avec l'assistance de celle-ci. Ensuite, les narrations anecdotiques, copies et field notes ont été lues et relues pour identifier les structures de l'expérience de l'avortement, comme l'ont vécu ces femmes.</p>
Résultats	<p>Neuf thèmes sont ressortis des discussions avec ces 16 femmes. Le thème «le passé atteint le présent». Ce phénomène exige plus de considération et sera l'objet de la suite de cet article. Comprendre l'expérience du passé pour atteindre le présent est essentiel, car cela éclaire la manière dont le sens de l'expérience de l'avortement imprègne la vie des femmes.</p> <p>Les aspects de l'expérience des femmes sont caractérisés par les thématiques suivantes. Après leur interruption de grossesse, elles ont reporté un sentiment de soulagement. Certaines sont d'accord pour dire, des années plus tard, que leur avortement avait été la meilleure décision pour elles à ce moment précis et qu'elles n'ont eu aucun regret. Toutefois, pour les 16 femmes, les pensées de leur avortement ou de l'enfant perdu atteint le présent.</p> <p><u><i>Intrusion de pensées subconscientes</i></u></p> <p>Chaque femme a reporté que, les pensées liées à l'avortement étaient récurrentes à des moments variés. Pour certaines, les pensées sont venues à des moments inattendus.</p> <p><u><i>Pensées déclenchées par des événements de vie</i></u></p> <p>Les participantes ont supposé que leurs pensées et émotions liées à l'avortement ont été réglées et traitées avec succès. Pour certaines, il est surprenant, que ces pensées et émotions aient refait surface des années plus tard à des moments clé, comme le mariage ou la grossesse. Un déclencheur, essentiel pour la réflexion, s'est produit avec les tentatives ultérieures de grossesse ou les grossesses vécues par la suite. Le mariage, avec un partenaire autre que celui en cause dans l'avortement, pourrait transférer la portée du passé dans le présent, ce fût l'expérience d'une des participantes. Elle sentait la nécessité de vérifier, auprès de son mari, qu'il avait accepté l'avortement, même si elle-même n'avait aucun regret.</p> <p><u><i>Un secret qui touche tout</i></u></p> <p>Bien que certaines femmes, dans cet échantillon, n'ont pas de regrets au sujet de leur avortement(s), en revanche, pour celles qui sont venues à regretter leur décision, le passé atteint le présent avec des pensées qui sont devenues plus fréquentes et plus vives. Certaines femmes ont</p>

	<p>connu des épisodes multiples. Une participante avait eu deux avortements, l'un à 20 ans et l'autre à 30 ans. Même si elle ne se souvenait pas de ses pensées après son premier avortement, elle se souvient d'un élément important lié à cet avortement ; une robe noire, qu'elle se rappelle avoir porté à la cliniques. Elle a gardé cette robe pendant de nombreuses années, comme un rappel de la souffrance associée à cette événement. Elle a également connu une prise de conscience croissante de l'énormité de ce que le second avortement a représenté. Non seulement la seule chance qu'elle et son mari avaient maintenant pour un avoir enfant, mais la seule chance de donner un héritier de ses parents. Elle se souvient aussi que son avortement était comme quelque chose qu'elle ne pouvait pas partager avec sa mère. Ce n'était pas un cas isolé. Une autre participante était également réticente de le dire à sa mère. Elle a souvent pensé à son avortement comme à un secret caché dans ses relations avec sa mère. Pour cette participante, le passé a atteint le présent lorsqu'une amie a eu des problèmes de fertilité, ce qui lui a fait se sentir responsable.</p> <p><u>Incitation à la réflexion</u></p> <p>Dans certains cas, les réflexions sur l'avortement ont contribué à une introspection et une compréhension accrues. Cette prise de conscience de l'expérience passée a été utile à certaines femmes, pour leur apporter la paix et un aboutissement. Une fois que l'avortement a eu lieu, les femmes ont découvert que les pensées et la réflexion sur leurs expériences ne sont pas finies. En effet, à contrario, le passé atteint le présent comme un événement de la vie et les fait réfléchir à nouveau sur leur avortement. Il y avait des éléments déclencheurs de ces pensées, décrits parfois comme une intrusion. Invariablement, les épisodes du passé ont atteint le présent ce qui a engendré une réflexion, et les nouvelles pensées ont encore généré une réflexion supplémentaire. De la réflexion est née l'introspection. Pour certaines, l'introspection produit du confort alors que pour d'autres elle suscite des questions supplémentaires.</p>
<p>Discussion et seuil de signification (implications pour la pratique)</p>	<p>Dans le cadre de sa réflexion sur le sens de l'avortement, chaque femme a ses propres prises de position éthiques. Par un heureux hasard, l'échantillon des femmes de cette étude a été réparti de manière égale entre celles qui sont favorables à l'avortement et celles qui y sont opposées. Les données très riches, sur les caractéristiques et l'origine des pensées récurrentes de leurs expériences de l'avortement, donne plus de précision sur le fait que le passé atteint le présent et cela est une composante importante de leur expérience de l'avortement.</p> <p>Le caractère récurrent des réflexions sur les expériences de l'avortement a été signalé dans d'autres enquêtes (Brown et al. 1993, Speckhard & Rue 1993, Angelo 1994, Mojapelo-Batka & Schoeman, 2003). Speckhard et Mufel (2003) ont révélé que, dans leur échantillon, 76% des 50 femmes russes ont signalé des épisodes de flash-back et un score élevé sur une échelle d'instrument de mesure des pensées intrusives. Rue et al. (2004) ont constaté que, sur leur échantillon de 331 femmes russes, 48% a signalé un ou plusieurs symptômes de revivre liés à leur avortement, comme des pensées non désirées, de la préoccupation, des flash-back ou des cauchemars. Le passé qui atteint dans le présent a été vécu par les femmes, comme l'intrusion de pensées inconscientes et de pensées déclenchées par des événements de vie, et ceci en parallèle à leur expérience des femmes russes. Broen et al. (2005) ont comparé les expériences de 80 femmes norvégiennes avec l'IVG de 40 femmes ayant eu une fausse couche. Ils ont constaté que celles qui ont maintenu l'avortement provoqué ont des scores plus élevés sur les échelles d'évitement, 2 ans plus tard. Ceci nous indique que ces femmes évitent les pensées et les sentiments liés à leur IVG. Cet évitement conscient de pensées pourrait être ce qui explique les circonstances dans lesquelles les événements de vie déclenchent des pensées qui sont devenues incontournables.</p> <p>Pourquoi, pour beaucoup de femmes, les expériences passées atteignent-elles le présent ? Stein (1989) a étudié et parlé de ce phénomène. Une composante de la conscience individuelle, le cogito, est «entouré par une zone marginale du contexte des expériences à chaque moment de</p>

	l'expérience» (Stein, 1989, p. 73). « Ces pensées ne sont pas actives, elles ne sont pas conscientes et disponibles pour la réflexion (Stein, 1989). Ces pensées latentes restent en arrière-plan de la conscience et sont amenées à être reconnues à plusieurs reprises, marquant ainsi le début de l'effet ». Dès lors, il ne se passe pas quelque chose qui influe sur le présent, mais quelque chose qui arrive dans le présent (Stein, 1989, p. 73). La nature primordiale de ces expériences stockées pourrait rendre compte de leur capacité à produire des idées apparemment incongrues, en relation avec toutes les pensées qu'une femme peut avoir en relation avec son avortement. Cette nature primordiale permet aux événements futurs d'influencer l'achèvement de la conscience des pensées subconscientes passées.
Critères d'analyse Qu'est ce que je recherche dans l'article / documentation lue ? Banque de données Auteurs et champ d'expertise	Découvrir l'expérience des femmes en lien à l'avortement sur le long terme. Les thématiques sortant des interviews. Les pistes pour les professionnels de la santé. Pubmed Assistant Professor, School of Nursing, Université de Miami, USA
Analyse détaillée du contenu Etat actuelle des connaissances sur la thématique/cadre théorique utilisée	Une grande partie de la littérature sur les réponses post-avortement mentionne l'utilisation de méthodes quantitatives pour mesurer l'hypothèse des effets psychologiques comme, la dépression, le regret, l'anxiété, la culpabilité, les troubles mentaux et des changements dans la santé émotionnelle, sans pour autant trouver les effets de la signification statistique (Cohen & Roth 1984, Russo & Zierk 1992, Major et al. 2000, Pope et al. 2001, Kero et al. 2004). Inversement, certains chercheurs ont constaté que plusieurs femmes ont déclaré des séquelles post-avortement comme le deuil, les problèmes d'intimité ou de la culpabilité résultant d'un sens du péché (Naziri & Tzavaras 1993, Speckhard & Rue 1993, Angelo 1994, Lewis 1997, Williams 2000). Les auteurs de commentaires d'études avortement ont cité des gammes de 6-50% pour les réponses psychologiques négatives à l'avortement (Congleton & Calhoun 1993, Lewis, 1997). Une enquête qualitative montre que les femmes se souviennent des circonstances détaillées et des sentiments ressentis en relation avec leur avortement. Ceci nous indique que pour de nombreuses femmes, les pensées relatives à leur expérience de l'avortement peuvent se reproduire ou être facilement amenées à se

Perspectives de l'étude	<p>reproduire. Plusieurs enquêtes récentes avec deux différents échantillons de femmes russes et un échantillon de femmes norvégiennes ont utilisé des tests psychologiques standardisés pour mesurer les réponses des femmes à l'avortement et à leurs expériences passées. Les résultats de beaucoup de femmes, dans ces trois échantillons de culture différente, indiquent que les femmes ont des pensées récurrentes, qu'elles peuvent supprimer ou trouver des pensées intrusives, ainsi que revivre leur avortement (Speckhard & Mufel 2003, Rue et al. 2004, Broen et al. 2005).</p> <p>L'étude apporte de nouvelles connaissances sur le sujet. L'expérience de l'avortement est vécue comme un événement sans fin dans les pensées des femmes. Les émotions continuent d'évoluer vers de nouvelles idées et un nouveau sens. Les pensées sur les derniers avortements sont déclenchées au cours de grossesses ultérieures. Les expériences passées sont stockées dans le fond de la conscience sous forme primordiale et sont influencées et complétées au cours d'événements futurs. La reconnaissance que les femmes peuvent avoir des pensées récurrentes, des idées et des émotions de leurs expériences de l'avortement, devrait inciter à les soutenir pour qu'elles puissent obtenir des soins de santé adéquats. Les antécédents obstétricaux devraient être inclus dans la pratique. Ainsi il est important de connaître le nombre de grossesse et d'enfants vivants. Les femmes devraient avoir l'opportunité de pouvoir discuter des émotions ou des pensées qu'elles peuvent exprimer lors des soins, dans un environnement sûr et sans jugement. Les fournisseurs de prestations de santé aux femmes doivent réfléchir sur les moyens de les rassurer, par rapport aux pensées récurrentes et au spectre des réactions émotionnelles qu'il est normal de ressentir, même des années plus tard. Le nombre d'avortements pratiqués chaque année dans le monde nous indique que la présence du passé qui atteint le présent est plus fréquente que ce que nous pouvons reconnaître.</p>
Intérêt pour mon travail de Bachelor	Développement de la thématique de l'événement du passé qui atteint le présent. Etude menée par une infirmière, intérêt pour la pratique et la possibilité de pouvoir intégrer les connaissances dans cette pratique infirmière.

Etude 8

Goodwin, P., Ogden, J., (2007). Women's reflections upon their past abortion : An exploration of how and why emotional reactions change over time. *Psychology and Health*, 22(2). 231- 248.

Devis	Etude qualitative
Aspects éthiques	Approbation obtenue par un comité d'éthique de recherche de King's College à Londres.

Problématique et visée de l'étude	<p>But : explorer comment les femmes se sentent par rapport à leur avortement un certain nombre d'années après l'événement.</p> <p>Théorie : Smith pour l'analyse interprétative phénoménologique</p> <p>Les limites de l'étude : Les résultats reflètent les expériences des femmes et les représentations de la façon dont leurs émotions ont changé. Plutôt que d'indiquer une évaluation objective, un devis longitudinal serait nécessaire.</p>																																																																																																										
Echantillon	<p>Caractéristiques des participantes :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>Age</th><th>Temps depuis l'avortement</th><th>Durée de gestation (semaines)</th><th>Type d'avortement</th><th>Ethnique</th><th>Pays de l'avortement</th><th>Enfants</th><th>Type de changement</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Samantha</td><td>23</td><td>3</td><td>10</td><td>Anesthésie générale</td><td>britannique</td><td>UK</td><td>Non</td><td>Rétablissement linéaire</td></tr> <tr> <td>Catherine</td><td>28</td><td>2</td><td>4-6</td><td>Médical</td><td>Suèdoise</td><td>Suède</td><td>Non</td><td>Réévaluation négative</td></tr> <tr> <td>Diana</td><td>31</td><td>6</td><td>8</td><td>Anesthésie générale</td><td>Indienne</td><td>Inde</td><td>non</td><td>Réévaluation négative</td></tr> <tr> <td>Elaine</td><td>26</td><td>5</td><td>4</td><td>Curetage (éveillée)</td><td>Américaine</td><td>US</td><td>Non</td><td>Peine persistante</td></tr> <tr> <td>Fiona</td><td>31</td><td>9</td><td>8</td><td>Anesthésie générale</td><td>Britannique (parents portugais)</td><td>Portugal</td><td>3 ans</td><td>Rétablissement linéaire</td></tr> <tr> <td>Georgina</td><td>23</td><td>3</td><td>7-8</td><td>Médical</td><td>Suisse (indienne)</td><td>UK</td><td>Non</td><td>Peine persistante</td></tr> <tr> <td>Paula</td><td>24</td><td>4</td><td>8</td><td>Anesthésie générale</td><td>Grèque</td><td>Grèce</td><td>Non</td><td>Rétablissement linéaire</td></tr> <tr> <td>Abigail</td><td>30</td><td>14 et 3.5</td><td>8-9 et 12</td><td>Anesthésie générale</td><td>Britannique</td><td>UK</td><td>Non</td><td>Jamais de peine</td></tr> <tr> <td>Hannah</td><td>28</td><td>1.5</td><td>6</td><td>Médical</td><td>Britannique</td><td>UK</td><td>Non</td><td>Jamais de peine</td></tr> <tr> <td>Keely</td><td>24</td><td>7</td><td>6-7</td><td>Anesthésie générale</td><td>Irlandaise</td><td>UK</td><td>Non</td><td>Jamais de peine</td></tr> </tbody> </table> <p>Recrutement : Les participants étaient dix femmes qui ont eu une IVG, entre 1 année et 9 ans auparavant (Une participante avait en plus d'avoir eu un</p>									Age	Temps depuis l'avortement	Durée de gestation (semaines)	Type d'avortement	Ethnique	Pays de l'avortement	Enfants	Type de changement	Samantha	23	3	10	Anesthésie générale	britannique	UK	Non	Rétablissement linéaire	Catherine	28	2	4-6	Médical	Suèdoise	Suède	Non	Réévaluation négative	Diana	31	6	8	Anesthésie générale	Indienne	Inde	non	Réévaluation négative	Elaine	26	5	4	Curetage (éveillée)	Américaine	US	Non	Peine persistante	Fiona	31	9	8	Anesthésie générale	Britannique (parents portugais)	Portugal	3 ans	Rétablissement linéaire	Georgina	23	3	7-8	Médical	Suisse (indienne)	UK	Non	Peine persistante	Paula	24	4	8	Anesthésie générale	Grèque	Grèce	Non	Rétablissement linéaire	Abigail	30	14 et 3.5	8-9 et 12	Anesthésie générale	Britannique	UK	Non	Jamais de peine	Hannah	28	1.5	6	Médical	Britannique	UK	Non	Jamais de peine	Keely	24	7	6-7	Anesthésie générale	Irlandaise	UK	Non	Jamais de peine
	Age	Temps depuis l'avortement	Durée de gestation (semaines)	Type d'avortement	Ethnique	Pays de l'avortement	Enfants	Type de changement																																																																																																			
Samantha	23	3	10	Anesthésie générale	britannique	UK	Non	Rétablissement linéaire																																																																																																			
Catherine	28	2	4-6	Médical	Suèdoise	Suède	Non	Réévaluation négative																																																																																																			
Diana	31	6	8	Anesthésie générale	Indienne	Inde	non	Réévaluation négative																																																																																																			
Elaine	26	5	4	Curetage (éveillée)	Américaine	US	Non	Peine persistante																																																																																																			
Fiona	31	9	8	Anesthésie générale	Britannique (parents portugais)	Portugal	3 ans	Rétablissement linéaire																																																																																																			
Georgina	23	3	7-8	Médical	Suisse (indienne)	UK	Non	Peine persistante																																																																																																			
Paula	24	4	8	Anesthésie générale	Grèque	Grèce	Non	Rétablissement linéaire																																																																																																			
Abigail	30	14 et 3.5	8-9 et 12	Anesthésie générale	Britannique	UK	Non	Jamais de peine																																																																																																			
Hannah	28	1.5	6	Médical	Britannique	UK	Non	Jamais de peine																																																																																																			
Keely	24	7	6-7	Anesthésie générale	Irlandaise	UK	Non	Jamais de peine																																																																																																			

	<p>avortement dans ce temps donné, un premier avortement il y a 14 ans). Elles n'étaient pas enceintes au moment de l'entrevue. Elles avaient entre 23 et 31 ans, et ont été recrutées par des annonces placées dans une université basée à Londres. Toutes les participantes ont reçu des pseudonymes.</p> <p>Critères d'inclusion de l'échantillon</p> <p>Femmes ayant eu un avortement entre 1 et 9 ans avant l'étude.</p>
Méthode de la récolte des données et de l'analyse	<p>Récolte : Les entrevues ont été menées dans les locaux de l'université dans une salle privée. Toutes les personnes interrogées étaient heureuses de ce paramètre, car non seulement il réduisait les allers-retours, mais leur a également fourni un environnement confidentiel. Toutes les interviews ont été enregistrées avec la permission de chaque participante et ont ensuite été transcrites mot à mot. Les entretiens ont duré entre 20 et 90min. Dans la présente étude, une conception qualitative en profondeur des entretiens semi-structurés ont été utilisés. Les entrevues ont été menées par le premier auteur. Le plan d'entrevue comportait des questions ouvertes telles que : «Comment vous êtes vous sentie sur le moment?»</p> <p>«Pouvez-vous dire dans quelles circonstances de votre vie vous étiez au moment où vous avez avorté?»</p> <p>«Comment vous sentez-vous maintenant?»</p> <p>"Pourriez-vous me dire comment le fait d'avoir avorté a pu influencer votre vie?"</p> <p>Les entrevues ont été analysées en utilisant l'analyse interprétative phénoménologique (IPA) (Smith, 1996, 2003). Les transcriptions ont été lues et relues afin de se familiariser avec les données. Pour chaque entretien, une feuille de codage a été construite. Cette fiche contient tous les thèmes possibles et sous-thèmes de l'entrevue. Les références à la matière d'origine ont été enregistrées au titre de chaque thème. Des fiches récapitulatives individuelles, une liste globale des thèmes a été construite.</p> <p>En ce qui concerne la transcription, des thèmes et des liens à travers la liste des thèmes ont été faits. Un tableau des thèmes partagés avec leurs différents sous-thèmes a donc été construit. Toutes les transcriptions ont été relues pour s'assurer que les thèmes soient représentatifs de la matière originale. Tout au long du processus de publi-reportage, les thèmes et les sous-thèmes ont été ajustés. Un journal de recherche a été utilisé tout au long du processus analytique afin de garder la réflexion du chercheur au sujet de son propre point de vue. Le premier auteur est une étudiante en troisième cycle qui n'a pas eu d'avortement. Cela lui a permis d'avoir de bonnes relations avec les femmes car elle était semblable à elles, à certains égards. N'ayant pas eu une expérience similaire signifie qu'elle a évité l'influence éventuelle que cela pourrait avoir eu sur ses interprétations. Pour vérifier si les thèmes étaient crédibles en ce qui concerne les comptes d'origine, une chaîne de preuves a été organisée comme une piste de vérification de la façon dont les thèmes sont développés. Un audit indépendant a ensuite été effectué par un collègue sur la sélection des transcriptions originales. Elle a accepté les thèmes crédibles basés sur le matériau d'origine.</p>
Résultats	<p>Les femmes ont discuté de la façon dont leurs sentiments ont changé au fil du temps. L'analyse de leur histoire suggère plutôt que les femmes montrent un type de changement linéaire comme cela est décrit dans la littérature. Quatre modèles distincts de changement sont apparus qui ne sont pas liés à un facteur temps. Ces types de changements ont été</p> <p>(1) le rétablissement linéaire,</p> <p>(2) le bouleversement persistant,</p>

- (3) une réévaluation négative
- (4) n'a jamais eu de peine.

(1) Rétablissement linéaire

Les femmes de ce groupe ont décrit comment elles avaient été bouleversées (upset :contrarié, bouleversé, peiné) immédiatement après l'avortement, mais de quelle façon ces sentiments s'étaient réduits au fil du temps, conduisant à un sentiment d'ajustement et de retour à la normalité. Les femmes de ce groupe ont exprimé être bouleversée à des degrés divers après leur avortement, en utilisant des mots tels que «perte», «bouleversée», «déprimée», «culpabilité» et «misérable» Ces femmes ont subi un avortement 3, 4 et 9 ans auparavant. Elles ont déclaré se sentir tellement en colère au moment de l'avortement, elles ont aussi décrit comment ces sentiments ont diminué au fil du temps. En outre, les femmes qui ont représenté ce modèle linéaire de rétablissement ont décrit qu'elles ne pensent plus à cet événement très souvent. De plus, elles ont généralement estimé que cela ne les avait pas touchées à plus long terme. Deux de ces femmes ont raconté qu'elles ne voudraient pas avoir un autre avortement et l'une d'entre elle dit qu'elle serait **pétrifiée** à l'idée d'avorter une seconde fois.

Par conséquent, certaines femmes ont signalé des changements dans leur état émotionnel qui ont été linéaires et similaires à ceux décrits dans la littérature. Elles ont décrit comme elles se sont senties bouleversées au moment de leur avortement, mais elles ont estimé que ces sentiments avait diminué au fil du temps et que l'expérience appartient au passé.

(2) bouleversement persistant

Certaines femmes ont décrit leurs réactions émotionnelles à l'avortement d'une manière qui peut être qualifiée de «bouleversement persistant". Ces femmes étaient aussi bouleversées après l'avortement et ont utilisé des mots comme «traumatisée», «bouleversée» et «très froid » et avaient eu un avortement 3 et 5 ans auparavant.

Pour l'une des participantes, ce bouleversement initial semblait être aggravé par son choix de l'avortement médicamenteux qui nécessitait de prendre deux pilules et d'attendre que le fœtus soit expulsé de son corps. Ce processus a été décrit comme très pénible. Ces femmes cependant, ont également décrit la manière dont ces sentiments négatifs ne s'était pas détériorés et comment elles se senties incapables de s'adapter à cet événement. Et elles ont décrit dans quelle mesure l'avortement a influencé leur vie en fonction de leur identité et leur capacité à avoir des relations. Certaines femmes ont décrit leurs réactions émotionnelles au fil du temps dans un sens qui a illustré le type de bouleversement qui persiste et qui ne diminue pas au fil du temps. De plus, elles ont expliqué comme cela a influencé la façon dont elle se situe avec une concentration particulière sur leur propre identité et leur relation avec les autres.

(3) Réévaluation négative

Certaines femmes ont signalé un modèle de changement émotionnel après l'avortement ce qui implique une réévaluation négative quelques années après l'événement. Elles avaient eu un avortement entre 2 et 6 ans auparavant. En ligne avec les deux précédents groupes, ces femmes étaient aussi bouleversées immédiatement après l'avortement. Les femmes ont également décrit une brève réaction et qu'ensuite elles ont essayé de passer à autre chose. Ceci a été présenté comme «une fermeture» ou «mettre sous clé», principalement de la nécessité de continuer et un désir de retour à la normalité. Par exemple, une participante a expliqué qu'il s'agissait d'un processus actif de la fermeture des sentiments négatifs. Toutefois après quelque temps, ces femmes ont commencé à réfléchir à nouveau à l'avortement et se sont senties à nouveau bouleversées à ce sujet. Une autre participante a raconté qu'elle s'est mise à lire des sites Web concernant les avortements, en rapport avec le

	<p>développement du fœtus parce qu'elle sentait qu'il était vraiment important de connaître le stade de la grossesse. Elle avait juste besoin de voir le développement fœtal et les conseils de soutien sur Internet. Une participante a décrit que lorsqu'elle est tombée enceinte, elle vivait en Inde, mais pas mariée à son petit ami et que dans ce pays, c'était « une grosse affaire ». Ils ne pouvaient pas avoir ce bébé, il n'y avait donc aucune espèce de véritable choix à mettre un enfant au monde et en prendre soin, l'option n'existait pas vraiment. Cependant, bien que ces femmes pensent que l'avortement a eu un effet à long terme sur leur vie et ont déclaré qu'elles n'auraient pas un autre avortement car cela serait trop pénible. Les femmes de ce groupe ont décrit la façon de trouver une forme de résolution. Par conséquent, certaines femmes ont montré un modèle de réponse émotionnelle qui implique une réévaluation négative après une période d'émotions neutres. Ces femmes ont également décrit comment cette réévaluation a finalement conduit à un état de résolution, qui a permis de ne plus y penser ou de renouer avec des sentiments qui avaient été réprimés pendant une longue période.</p> <p>(4) Jamais été bouleversée</p> <p>Le dernier groupe de femmes a déclaré qu'elles n'avaient pas été bouleversées au moment de l'avortement et n'avaient pas été bouleversées à ce sujet depuis ce temps. Certaines ont vécu des émotions positives. Elles avaient eu un avortement depuis 1,5, 3,5 et 7 ans. La femme qui avait subi un avortement il y a 3,5 années a également eu un autre avortement il y a 14 ans. Une participante a décrit de qu'elle façon elle était devenue enceinte lorsqu'elle avait 17 ans et venait d'arriver en Angleterre pour commencer l'université, alors évidemment ce n'était pas le meilleur moment. Elle a également indiqué comment elle se sentait après l'avortement; l'avortement était uniquement lié à un sentiment de soulagement. Ces femmes ont également discuté de la manière dont ces émotions positives avaient persisté jusqu'à l'entrevue. Par exemple, une autre participante était étudiante au moment où elle est devenue enceinte et a estimé de ne pas avoir le temps d'avoir des enfants et que c'était un accident.</p> <p>Elles ont assuré expressément que ce n'était pas un événement très important dans leur vie et qu'elles ne pensaient plus à ce sujet. Enfin, elles ont également examiné comment l'expérience ne les avait pas influencée négativement et pour une seule femme, a eu une influence positive. Une femme a estimé que parce qu'elle avait fait face à cette expérience, elle était maintenant mieux à même d'affronter d'autres expériences dans sa vie et en mesure d'accepter une perspective différente et plus positive. Les femmes de ce groupe ont donc vu l'avortement soit comme neutre ou une expérience positive et a estimé que cet événement avait soit un minimum ou même un effet bénéfique sur leur vie.</p>
<p>Discussion et seuil de signification (implications pour la pratique)</p>	<p>Les résultats illustrent donc quatre façons distinctes dans lesquelles les femmes perçoivent leurs réactions émotionnelles au changement, dans la période qui suit l'avortement. Certaines ont décrit un modèle linéaire de rétablissement qui est en ligne avec un stress et une adaptation et trouvent une réflexion dans la recherche sur la peine et le deuil (Adler et al, 1992;.. McKibbin et al, 2000; Worden, 1996). En outre, il reflète les étapes des femmes qui subissent un avortement spontané (Maker et Ogden, 2003). D'autres cependant, ont rapporté un modèle non-linéaire du changement impliquant un modèle de bouleversement persistant, une réévaluation négative ou jamais de peine. Les quatre transitions différentes exprimées par ces femmes sont distinctes les unes des autres et illustrent la variabilité dans les réactions à la fois immédiates des femmes et comment elles pensent que ces réactions changent avec le temps. Ces quatre modèles de changement émotionnel semblent être sans rapport avec le temps écoulé depuis l'avortement. Toutefois, l'analyse met en évidence un certain nombre de facteurs qui offrent un éclairage sur cette variabilité.</p>

Les facteurs explicatifs

Un certain nombre de femmes ont discuté des différents aspects de leur expérience et des croyances qui semblent expliquer leur réaction après leur avortement. Certains de ces liens ont été explicitement formulés par les femmes elles-mêmes et certaines étaient implicites dans les données.

(A) Les différents points de vue du fœtus

Plusieurs femmes ont exprimé leurs impressions sur le fœtus et utilisé une multitude de termes et de descriptions de leur grossesse. Par exemple: "juste un point blanc sur l'écho», «ça», «bébé» et «enfant». Les femmes qui ont exprimé des impressions du fœtus comme plus humain («bébé», «enfant») ont été celles qui ont eu un bouleversement persistant ou une réévaluation négative. Celle qui ont considéré comme moins humain (par exemple «un fœtus») ont été soit celles qui n'ont jamais été bouleversées ou qui ont eu un rétablissement linéaire. Pour certaines, leur point de vue sur le fœtus avait été influencé par le choix d'avoir un avortement médicamenteux, ce qui leur a permis de voir ce qui se passait et, éventuellement, de voir le fœtus. Deux des trois femmes qui ont subi cette procédure ont été très bouleversées de voir le fœtus et l'une d'entre elle a expérimenté une réévaluation négative et l'autre une peine persistante. La perception qu'ont les femmes de la façon dont leurs émotions ont changés au fil du temps semble donc être intégrée dans le langage utilisé pour décrire le fœtus et la manière dont ce langage reflète la relation des femmes avec le fœtus et la grossesse. Ces résultats sont comparables à ceux rapportés par Conklin et O'Connor (1995) qui ont comparé les femmes qui ont subi un avortement à celles qui n'avaient pas eu un avortement sur la base du bien-être psychologique. Ils ont constaté que les femmes qui ont subi un avortement et qui avaient tendance à considérer le fœtus plus humain avait un bien-être plus faible que les femmes qui n'avaient pas eu un avortement. Les femmes qui ont eu un avortement et avaient tendance à voir le fœtus comme pas humain, était aussi bien équilibrées que celles qui n'avaient pas eu d'avortement. Cependant, tandis que Conklin et O'Connor (1995) suggère qu'il y a un lien entre les impressions du fœtus et le bien-être des femmes plus tard. Les résultats de cette étude suggèrent un lien supplémentaire de la façon dont les réactions des femmes évoluent dans le temps.

(B) Le soutien reçu

La façon dont les femmes ont décrit le soutien qu'elles ont reçu des professionnels de la santé, de leur famille et de leur ami, semble également se rapporter à leurs réactions et à leur avortement. Les termes de leur réponse initiale émotionnelle et leur degré d'ajustement à un rétablissement ultérieur. Les femmes ont également décrit les types d'informations et le soutien qu'elles ont reçu des professionnels de la santé. Certaines femmes ont souligné les difficultés que les professionnels avaient à l'arrangement de leur avortement. D'autres ont estimé qu'ils n'étaient pas assez préparés pour la procédure d'avortement. Ce fut particulièrement le cas pour celles qui avaient opté pour un avortement médical et ont été surprises de voir le fœtus. Toutefois, celles qui ont exprimé leur insatisfaction ont soit, bien récupéré de leur avortement ou soit n'ont pas été bouleversée par leur avortement. Ceci suggère que la détresse vécue pendant l'attente n'a pas eu d'incidence sur la façon dont elles se sentaient après ou au moment de l'attente, d'une certaine façon cela se rapporte à un meilleur ajustement. Plusieurs femmes ont également décrit la façon dont elles ont été traitées par les professionnels de la santé à la clinique. La plupart ont indiqué que le personnel avait été favorable et bienveillant. Les femmes ont donc décrit les différentes façons dont elles ont été ou n'ont pas été soutenues par les personnes autour d'elles. Le type et la qualité de ce soutien semblait se rapporter à leurs réactions émotionnelles et peut aider à expliquer la variabilité dans la façon dont les différentes femmes réagissent. En particulier, l'insatisfaction avec le soutien immédiatement après

l'avortement et le sentiment d'être insuffisamment préparées semble se rapporter à un ensemble d'émotions négatives prolongées. Le modèle de changement affectif n'apparaît pas être lié à l'insatisfaction envers des facteurs organisationnels. Cette offre de soutien pour la recherche précédente, qui a également constaté que le personnel soutenant peut aider les femmes à gérer leur expérience et que les souvenirs négatifs sont souvent liés au traitement des professionnels plutôt qu'à la procédure (Harden et Ogden, 1999;. Major et al, 1990; McNally & Newman, 1999; Simonds, Ellertson, Springer, & Winikoff, 1998). En outre, les résultats trouvent la réflexion dans les études qui ont exploré le délai optimal entre la découverte de la grossesse non désirée et le moment d'être capable d'organiser l'avortement. Par exemple, Kumar, Baraitser, Morton et Massil (2004) ont constaté que les retards causent une détresse et cela devrait être évité et Harden et Ogden (1999) soutiennent que le processus d'un avortement pourrait être amélioré en rendant l'accès plus facile. Ils trouvent cette réflexion dans les témoignages de femmes qui ont trouvé le délai bouleversant. En revanche, un processus organisationnel qui est trop rapide et efficace peut limiter le temps important à la réflexion et à la considération. En outre, les résultats soulignent l'importance de la préparation par les professionnels de la santé en particulier dans le contexte de la vision du fœtus. Des recherches antérieures ont décrit comment voir le fœtus peut entraîner une plus grande détresse émotionnelle immédiatement après un avortement (Simonds et al, 1998;. Slade, Heke, Fletcher, & Stewart, 2001). La présente étude suggère que le sens de la préparation et du soutien émotionnel du post avortement peut aussi avoir des effets sur les émotions des femmes et qui changent avec le temps.

(C) Les croyances au sujet de la société

Enfin, la façon dont les femmes perçoivent l'évolution de leur état émotionnel semble également être mêlé à leurs croyances sur la façon dont la société considère l'avortement. Certaines femmes ont exprimé un point de vue que la société pense l'avortement comme un événement négatif. Cependant, cette évaluation négative n'est pas toujours associée à une réponse négative. Par conséquent, un motif contrasté des réactions émotionnelles semblait être intégré à une perception négative de l'opinion de la société en matière d'avortement. De même, un ensemble mixte de réponses émotionnelles a également été intégrées dans la conviction que la société voit l'avortement dans un sens positif. Celles qui ont vu la société de cette manière ont estimé que la société a sous-estimé l'impact de l'avortement. Par conséquent les opinions sociales et les réactions émotionnelles semblent avoir une relation compliquée. Il semblerait que les femmes ont une réaction émotionnelle, en premier lieu, qui est sans rapport avec leur croyance sur la société. Elles réagissent donc de manière positive ou négative en dépit de ce que la société va penser d'elles. C'est là que le conflit commence. Si elles estiment que la société les juge, soit elles persistent dans leur réaction positive mais le ressentiment de la société ou montre un modèle de bouleversement persistant comme les valeurs sociales qu'elles perçoivent comme étant placé au-delà de leurs actions confirme les sentiments négatifs qu'elles ont vécues. En revanche, si elles sentent que la société est bénigne envers l'avortement et elles sont bouleversées elles ressentent que leur réaction émotionnelle n'ont pas été reconnues et se sentent en contradiction avec le monde qui les entoure. Cette dernière réaction est décrite par Doka (1989) dans le concept de la douleur privée de leurs droits qui se produit quand une perte n'est pas socialement reconnue ce qui exacerbe la douleur et souvent, excluant le soutien nécessaire pour faire face à cette douleur. Il semble que les femmes lorsqu'elles recherchent une confirmation de point de vue de leur sentiment dans la société, c'est souvent le contraire de ce qu'elles cherchent. Les femmes qui n'ont pas été bouleversées, la société considère qu'elles devraient l'être et ceux qui ont bouleversé la pensée de la société, leur disaient de ne pas l'être. Boyle (2000) fait valoir que les constructions négatives de l'avortement dans la société peuvent servir de médiateur à l'expérience des femmes. La présente étude suggère que les perceptions des

	<p>femmes du point de vue social sur l'avortement peut non seulement influencer l'expérience d'une femme, mais que son expérience peut à son tour modifier la façon dont elle construit ses vues de la société. En outre, ce processus interactif peut non seulement influencer leur réponse initiale émotionnelle, mais pourrait bien influencer la façon dont cela modifie la réponse émotionnelle au fil du temps.</p> <p>Conclusion</p> <p>Les résultats de cette étude suggèrent que, bien que certaines femmes perçoivent leurs émotions comme ayant changé, d'autres changements rapport de substitution dans leurs états émotionnels qui indique que les réponses émotionnelles ne montrent pas un modèle universel. Ces motifs permettent aussi de fournir des indications sur les types de réactions émotionnelles qui pourraient être plus adaptées. les pensées en évitant de l'avortement semblent être associée à une appréciation négative, et le logement était lié à un bouleversement persistant. En revanche, une reprise linéaire semblait impliquer les femmes d'accepter leurs émotions et leurs sentiments, mais en se concentrant sur le positif. Ces résultats montrent donc la variabilité dans la façon dont les réactions émotionnelles des femmes évoluent dans le temps et de fournir quelques éclaircissements sur les moyens de faire face. Mais est-ce la variabilité dans le changement lui-même être compris?</p> <p>La présente étude suggère que les changements émotionnels suite à un avortement sont également situés dans un contexte personnel et social. Comprendre et soutenir des femmes en post avortement exige donc non seulement une compréhension de la façon dont la détresse peut être minimisée immédiatement après un avortement, mais aussi comment une résolution peut être mieux réalisée à plus long terme. La présente étude fournit un aperçu sur la façon dont une telle résolution pourrait être facilitée.</p>
<p>Critères d'analyse</p> <p>Qu'est ce que je recherche dans l'article / documentation lue ?</p> <p>Banque de données</p> <p>Auteurs et champ d'expertise</p>	<p>Comprendre les émotions des femmes et comment elles évoluent au fil du temps et comment elles l'ont intégré dans leur vie.</p> <p>Cinahl</p> <p>Le premier auteur est une étudiante en troisième cycle ; Cancer resarci UK Heath Beauvoir Unit, Departement of Epidemiology and Public Health, University College, London. Le deuxième auteur supervise le premier auteur, il travaille ; Department of Psychology, University of Surrey, Guildford, Surrey, UK.</p>
Analyse détaillée du contenu	

<p>Etat actuelle des connaissances sur la thématique/cadre théorique utilisé</p>	<p>Beaucoup de recherches ont examiné les conséquences psychologiques de l'avortement. Certaines de ces recherches ont exploré l'étendue de réactions émotionnelles post-avortement. Par exemple, Zolse et Blacker (1992) affirment que près de 10% des femmes connaissent la dépression ou l'anxiété qui est grave ou persistante après un avortement. D'autres auteurs ont utilisé des études de cas de femmes qui sont en difficulté pour suggérer ce qui peut être plus répandu (Butler & Llanedeyrn, 1996). En revanche, bien Major et al. (2000) a constaté que 20% de leur échantillon ont connu la dépression clinique dans les 2 ans qui ont suivi un avortement, ils font valoir que cela équivaut à des taux de la population. Adler et al. (1992) a examiné les études les plus méthodologique des États-Unis et a conclu que l'incidence de réactions négatives graves est faible, et que la détresse est la plus forte avant un avortement et les réactions sont souvent positives. Certaines recherches ont aussi réfléchi aux types de réactions psychologiques qui se produisent après un avortement. Alors Söderberg, Janzon et Sjöberg (1998) a mené des entrevues auprès d'un échantillon important de femmes suédoises (n 04/01 845) un an après leur avortement et constaté que 55% ont connu une certaine forme de détresse émotionnelle. En revanche, cependant, Kero, Högberg et Lalos (2004) a interrogé 58 femmes en Suède, un an après leur avortement et a conclu que la plupart d'entre elles n'ont signalé aucune détresse à la suite de leur avortement et que plus de la moitié ont déclaré n'avoir eu que des expériences positives. D'autres chercheurs ont trouvé que le soulagement est communément exprimé après un avortement (Rosenfeld, 1992) et Major et al. (2000) a révélé que 72% de leur échantillon étaient satisfaites de leur décision 2 ans plus tard. Il semblerait donc que, bien que certaines femmes ressentent la détresse affective post-avortement et d'autres ont des réactions plus positives telles que le soulagement, le retour à la normalité et la satisfaction. Mais ces états émotionnels persistent-ils au fil du temps? Russo et Zierk (1992) ont suivi des femmes 8 ans après leur avortement et les a comparées avec celles qui avaient gardé l'enfant. Ils ont constaté que, avoir un avortement était lié à une plus grande estime de soi globale que d'avoir une naissance non désirée. Ce qui suggère que les réactions négatives initiales décroissent au cours du temps. Major et al. (2000) explore la variation des réactions émotionnelles dans le temps et signale que les émotions négatives ont augmenté entre le moment de l'avortement et les 2 ans qui ont suivi, et la satisfaction avec la décision a diminué.</p>
<p>Perspectives de l'étude</p>	<p>Compte tenu de la conception de l'étude, ces résultats reflètent les expériences des femmes et des représentations de la façon dont leurs émotions ont changé plutôt que d'indiquer une évaluation objective. Un devis longitudinal serait nécessaire pour cela.</p>
<p>Intérêt pour mon travail de Bachelor</p>	<p>La recherche commence par développer les types de changements ainsi que les émotions des femmes au fil du temps. L'étude a considéré les facteurs qui peuvent aider à expliquer la variabilité de ce changement au fil du temps et cela donne des pistes sur ce que ressentent les femmes et ce qui joue un rôle dans leur vécu de l'avortement.</p>

Etude 9

Poggenpoel, M., Myburgh, CPH., (2006). Women's experience of termination of a pregnancy. *Curationis*, 29(1). 3-9.

Devis Aspects éthiques	<p>Etude qualitative</p> <p>Les mesures d'éthique ont été respectées au cours de la recherche sur la question de l'avortement (Democratic Nurses Association of South Africa, 1998). Il s'agit notamment de garantir la qualité de la recherche, le consentement éclairé des participantes, fournir une rétroaction sur le projet aux participantes, la confidentialité et l'anonymat et la protection des données. Les participantes ont informé qu'elles étaient libres de se retirer de l'étude à tout moment si elles le désiraient et ont également été informées que si certains problèmes émotionnels se présentaient, elles seraient envoyées à un professionnel si cela était nécessaire. En outre, les participantes ont eu l'assurance que toutes les entrevues enregistrées seraient détruites une fois qu'elles seraient transcrites.</p>
Problématique et visée de l'étude	<p>Peu de recherches ont été conduites sur l'exploration et la description de l'effet de l'avortement sur les femmes</p> <p>But : Il y a deux buts dans la formulation de l'étude : 1/ l'exploration et la description de l'expérience des femmes après un avortement ; 2/ la description de conseil pour les directives pour les professionnels de la santé pour assister ces femmes.</p> <p>Théorie : Tesch</p> <p>Les limites de l'étude : structure de l'étude. Peu d'éléments de discussion. Résultats seulement développer à travers le discours des femmes, pas d'éléments supplémentaires.</p>
Echantillon	<p>En tout 26 femmes ont participées à cette recherche. 16 interviews ont été conduites, dix ébauches naïves ont été écrites. Ces femmes avaient entre 15 et 50 ans. Elles venaient de tous les groupes raciaux, religieux, niveaux socio-économiques et niveaux d'éducation et elles étaient aussi bien célibataires que mariées.</p> <p>Critères d'inclusion de l'échantillon</p> <p>Femmes ayant choisi d'avorter et qui étaient volontaires à la participation de cette étude.</p>
Méthode de la récolte des données et de l'analyse	<p>Récolte : Etude en deux phases :</p> <p>1/ l'expérience des femmes de l'avortement</p> <p><u>Récolte de données :</u> les données ont été recueillies au moyen d'entrevues phénoménologique, écrit des histoires personnelles, des observations et des notes de terrain. Ces entrevues ont porté sur l'expérience vécue par chaque participante en particulier. Une question centrale a été posée, à savoir: «comment avez-vous vécu l'interruption de grossesse?». L'enquêteur a créé un contexte où les participantes ont pu s'exprimer librement et ouvertement en utilisant des techniques de communication telles que la clarification, paraphrase, le résumé, le sondage et minimale verbale ainsi que des réponses non verbales. Au cours des entretiens l'intervieweur a utilisé bracketing (mise idées</p>

	<p>préconçues de côté) et d'intuition (se concentrant sur l'expérience vécue par les participants concernant l'interruption de grossesse). Les entrevues ont été menées jusqu'à ce que les données soient saturées comme le témoignent les thèmes répétés. L'enquêteur a écrit des notes de terrain basées sur des observations au cours des entretiens. Ces notes de terrain concernaient l'observation de l'intervieweur, l'expérience personnelle, les questions méthodologiques et les notes théoriques. Dans les cas où les participantes n'étaient pas disposées à être interviewées ou que l'accès n'était pas disponible en raison d'une variété de circonstances, les participantes ont été invitées à écrire leur histoire personnelle au sujet de leurs expériences de l'interruption de grossesse.</p> <p><u>Analyse de données</u> : les données ont été analysées en utilisant la méthode d'analyse de Tesch d'analyse descriptive. Un codeur indépendant a analysé les données indépendamment des autres chercheurs. Des réunions de concertation ont eu lieu entre le codeur indépendant et les chercheurs et les thèmes identifiés ont été affinés. Un contrôle documentaire a été fait pour vérifier les résultats.</p> <p><u>Mesures pour assurer la fiabilité</u> : Les mesures visant à assurer la fiabilité ont été appliquées. Les stratégies de Guba de crédibilité, de transférabilité, de fiabilité et de concordance ont été appliquées.</p> <p>2/ description de conseils pour les directives qui peuvent être utilisés par les professionnels de santé pour soutenir les femmes qui ont choisi l'avortement</p> <p><u>Collecte de données</u> : La déduction (? inférence : copi 1986) a été utilisée pour identifier les conseils pour les directives depuis les résultats de la phase 1.</p> <p><u>Analyse de données</u> : Cela a été discuté avec les professionnels de santé pour assurer la fiabilité. Ensuite, un contrôle de la littérature a été fait.</p>
<p>Résultats et discussion et seuil de signification (implications pour la pratique)</p>	<p>Expérience de changements relationnels avec :</p> <p>1. Elles mêmes :</p> <p>Les participantes n'ont pas seulement expérimenté des effets physiques mais aussi un inconfort psychologique. Elles ont essayé de diriger leur inconfort psychologique en utilisant des mécanismes de défense et quelques participantes ont aussi expérimenté le soulagement après l'avortement.</p> <p>Douleur physique et fatigue</p> <ul style="list-style-type: none"> - expérience de la douleur et l'inconfort pendant l'avortement <p>Les femmes ont expliqué que la douleur ne s'arrêtait pas avec l'avortement lui-même, mais elles ont toutes expérimenté des douleurs d'estomac et des saignements pendant quelque temps.</p> <ul style="list-style-type: none"> - La présence de la fatigue <p>Inconfort psychologique</p> <ul style="list-style-type: none"> - Incertitude initiale et confusion au sujet de la décision. L'expérience d'être « coincé » - « effet des montagnes russes »

Bien que la liberté du choix de l'avortement est légal, la plupart des femmes ont expérimentées une liberté limitée de ce choix. Elles ont semblé « coincée » avec l'interruption mais que c'était la seule option possible. Une participante a été forcée par sa mère à avorter. Les femmes ont aussi expérimentée le fait d'être coincée parce qu'elles se sont senties coupables et se sont demandées si dieu leur pardonnerait.

- Peur que le secret soit exposé
- Réponses émotionnelles : regret, vide, culpabilité, colère, se reprocher (self-blame)

Ces femmes ont expérimentées plusieurs réponses émotionnelles négatives comme le regret, la coulère, la culpabilité, le reproche. Une participante s'est reproché d'avoir avorter et a eu le sentiment de culpabilité causé par des valeurs morales et éducatives ce qui a créer un conflit interne.

Gilles (1992 :27) déclare que se blâmer soi-même est présent parce que les gens se fixent certaines normes pour eux-mêmes. Si quelque chose comme l'avortement a lieu, ils éprouvent des sentiments négatifs envers eux-mêmes.

Mécanisme de défense

- Rationalisation

Les femmes ont utilisé la rationalisation quand elles ont pris la décision d'avorter afin que cela soit plus acceptable pour elles.

- Dénî

Les femmes ont nié le fait que leur grossesse ou leur avortement pourrait avoir un effet sur elles. Orenstein (1994 :54) est d'opinion que l'avortement a une influence sur les femmes ; elles sont émotionnellement déchirées après une interruption et cela a un impact mental et social sur elles.

Soulagement résultant de l'avortement

Certaines femmes ont parlé de soulagement après leur avortement.

2. Leur partenaire :

Ne veulent pas s'imposer dans la vie de leur partenaire

Colère après l'avortement

Cette colère était verbalisé comme n'aimant plus leur partenaire, rupture de la relation et un sentiment que le partenaire ne comprend pas.

- N'aime plus leur partenaire
- Rupture de la relation
- Expérience liée à l'incompréhension du partenaire

3. Leur enfant avorté :

	<p>Commémoration annuelle de la date présumée de la naissance</p> <p>Les femmes ont raconté qu'elles ont une baisse de moral chaque année à la même période ; cette période est la date présumée de la naissance de l'enfant.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Attraction aux objets liée aux bébés <p>Intérêt pour les objets liées aux enfants.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Personnification de l'enfant <p>Cote et Reisser (1997 :5) ont découvert que les femmes dépersonnalise leur enfant probablement pour se protéger elles mêmes des souvenirs douloureux lié à l'avortement.</p> <p>4. Leur mère :</p> <p>Reproche lié à la décision d'avorter</p> <p>Certaines femmes ont parlé de rancœur vis à vis de leur mère. Une participante a dit que sa mère évitait la discussion sur l'interruption.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sentiments de haine vis à vis de leur mère <p>5. Leur ami :</p> <p>Porter un masque dans les relations</p> <p>Les participantes reconnaissent que leur ami ne peuvent pas réellement comprendre ce qu'elles ont vécu et cela se résulte par le sentiment d'être seul et isolé.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Isolement - Pas capable/ ne veut pas partager la douleur
<p>Critères d'analyse</p> <p>Qu'est ce que je recherche dans l'article / documentation lue ?</p> <p>Banque de données</p>	<p>Description de l'expérience des femmes de l'avortement. Quels thèmes clés.</p>

<p>Auteurs et champ d'expertise</p>	<p>Pubmed</p> <p>Le 1^{er} auteur travail à la School of Nursing, University of Johannesburg et le 2^{ème} auteur à Educational Psychology, University of Johannesburg.</p>
<p>Analyse détaillée du contenu</p> <p>Etat actuelle des connaissances sur la thématique/cadre théorique utilisée</p> <p>Perspectives de l'étude</p> <p>Intérêt pour mon travail de Bachelor</p>	<p>En novembre 1996 la loi sur l'avortement a été promulguée. Cette loi a permis aux femmes dès l'âge de douze ans de décider d'avoir un avortement avant douze semaines de gestation sans la permission de quelqu'un d'autre. Depuis Février 1997, près de 160 000 avortements ont été effectués en Afrique du Sud. Peu de recherches ont été menées pour explorer et décrire l'effet de l'interruption de grossesse sur les femmes.</p> <p>L'expérience des femmes dans le cadre des changement dans leur relations résultant de leur interruption de grossesse est évident sur les différents niveaux, à savoir leurs relations avec elles-mêmes, leurs partenaires, leurs bébés avortés, leurs mères et leurs amis. Elles ont souvent rompu leurs relations avec leurs partenaires et amis. Elles ont également rompre leurs relations avec leur mère sur le plan psychologique. Dans le processus, elles sont elles-mêmes isoler. Ces femmes devraient être aidés pour faire face à leurs relations changées et de regagner la confiance en elles-mêmes et les autres. Les pré-requis pour le conseil de ces femmes tournent autour des attitudes et de la communication. Ces attitudes comprennent l'empathie, l'acceptation inconditionnelle, le non jugement, la sincérité et la congruence. La communication comprend un minimum réponses verbales, la clarification, la réflexion, et résumé, paraphrase (Wilson / Kneisl, 1996; Myburgh et al, 1998). L'objectif du conseil après l'avortement des femmes devrait être axée sur la réévaluation et à la reconstruction de leurs relations. Le professionnel de la prise en charge devrait créer un contexte où chaque femmes qui ont eu un avortement peuvent verbaliser leurs pensées et sentiments (Hanley, 1994). Elles doivent être aidés à se pardonner. Un soutien devrait également être donné par les professionnels de soins aux femmes de pleurer la perte de leur bébé. Elles devraient être aidées à accepter leur décision d'interrompre leur grossesse. L'expérience des femmes de l'avortement a changé leur relation avec elles-mêmes et les autres. Après cette expérience qui change la vie, elles devraient être aidés à évaluer les aspects constructifs et destructifs de leurs relations avec les autres et de décider qui des relations serait intéressant de poursuivre.</p> <p>Cette étude développe les thématiques ressorties de leur interview. Elles donnent des pistes pour la pratique infirmière.</p>

Etude 10

Dykes, K., Slade, P., Haywood, A. (2011). Long-term follow-up of emotional experiences after termination of pregnancy: women's views at menopause. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, Vol. 29. 93 – 112.

Devis	Etude qualitative
Aspects éthiques	Approbation éthique obtenue par un comité d'éthique local (National Health Service)
Problématique et visée de l'étude	<p>But : explorer les expériences de vie des femmes à l'interruption de grossesse sur le plus long terme vers la fin de leur vie reproductive naturelle, et leur perception de la séparation ou les liens entre leurs expériences de la ménopause et l'interruption de grossesse. Il s'agissait de savoir si les femmes ont établi des liens entre ces deux aspects de leur expérience ou les ont considérés comme distincts et indépendants.</p> <p>Théorie : King</p> <p>Les limites de l'étude :</p> <p>Les antécédents psychiatriques avant l'avortement n'est pas connu et ces femmes avaient déjà révélé leur avortement au moment de l'évaluation clinique. Ces deux facteurs peuvent influencer les vues de l'avortement de ces huit femmes. Il peut aussi être suggérer que les attitudes de la société anglaise est devenue plus libérale concernant les avortements depuis les années 90 et donc depuis l'avortement de ces femmes. Par conséquent, il peut donc ne pas être affirmé que les femmes d'aujourd'hui vivent la même expérience de l'avortement. De plus, concernant l'échantillon, il se composait de femmes de même origine ethnique (blanche) et de divers milieu socio-économique et la plupart avec le partenaire actuel.</p>
Echantillon	<p>Les femmes étaient dans une clinique pour les symptômes de périménopause et avait eu une interruption de grossesse au moins 10 ans avant la date de l'interview. Parmi les 15 femmes qui ont rempli les critères et ont été contactées, 8 ont participé à l'interview. L'âge variait entre 35 et 63 ans. Toutes étaient britanniques, de couleur blanche, avec l'anglais comme première langue. La classe sociale n'a pas été officiellement enregistrée, mais les femmes venaient de divers secteurs de la ville avec une large gamme d'indices de privation sociale et comprenait à la fois des propriétaires et des locataires. Deux femmes n'avaient pas d'enfant et les autres ont eu entre, un et quatre enfants. Toutes, sauf une, avaient un emploi et utilisaient l'hormonothérapie substitutive. Deux femmes avaient eu trois interruptions de grossesse. Toutes les interruptions de grossesse ont eu lieu entre 10 et 34 ans auparavant. La gamme de l'âge au moment de l'interruption était entre 17 et 32 ans (moyenne = 24 ans).</p> <p>Recrutement : Les médecins de la clinique (spécialistes de la ménopause et du planning familial) ont demandé à tous les participants potentiels, satisfaisant aux critères, sur une période de quatre mois. Les femmes étaient informées de l'étude, qui portait sur leur expérience de la ménopause, l'interruption de grossesse et de leurs propres points de vue sur l'existence ou l'inexistence de tout lien.</p>

	<p>Critères d'inclusion de l'échantillon</p> <p>La grossesse ne doit pas avoir été effectuée à la suite d'un viol.</p> <p>Femmes en périménopause</p> <p>Interruption de grossesse au moins 10 ans avant les interviews.</p>
Méthode de la récolte des données et de l'analyse	<p>Récolte : Les données ont été recueillies lors d'entrevues semi-structurées menées entre décembre 2005 et avril 2006. Des entrevues ont eu lieu en privé, six à la clinique, et deux dans leur propre maison. Les entrevues ont duré en moyenne 61 min. Un format semi-structuré avec des questions ouvertes a été utilisées, permettant une grande liberté pour discuter de questions pertinentes et d'expériences. Les chercheurs ont pris soin d'assurer la transparence et la neutralité des questions. Les entrevues ont été menées dans un esprit décontracté, acceptation non jugeante et l'écoute active, tout en encourageant les femmes à réfléchir sur leurs expériences. Toutes les interviews ont été enregistrées et transcrites mot à mot.</p> <p>Un modèle d'analyse a été utilisé pour analyser les transcriptions (Crabtree & Miller, 1999 ; King, 1998). Cela permet l'inclusion des thèmes hypothétiques afin que les centres d'intérêt spécifiques puissent être adressés aussi bien que ceux entièrement émergents des données.</p> <p>Les femmes ont été spécifiquement questionnées sur chaque aspect, mais les questions ont été conçues pour leur permettre d'exprimer leurs expériences, quelles qu'elles soient. Cette méthode est considérée comme étant une position intermédiaire entre l'analyse de contenu avec ses codes prédéterminés et une théorie ancrée.</p> <p>(Trois grands thèmes ont été prédéterminés : expérience de la ménopause, les perspectives sur les répercussions de l'interruption (quelle que soit leur présence/absence) et l'examen de l'expérience de la ménopause et TOP ensemble ; séparation et des liens. L'expérience de la ménopause sur le thème n'est pas décrite ici en tant que telle n'est pas le sujet de l'article. Les thèmes émergents dans chacun de ces thèmes prédéterminés constituent le modèle final.</p> <p>La fiabilité et la validité : Le processus de création de listes de thèmes et l'analyse conjointe signifie que le modèle a été testé et émergent en cause à chaque étape grâce à la recherche d'informations contradictoires, donc la promotion de la validité de la version finale (King, Bell & Thomas, 2004). Une introduction sur le Web à la technique et des exemples sont disponibles (King, 2003).</p>
Résultats	<p>1. L'interruption de grossesse</p> <p>1.1 <u>Impression laissée par l'interruption de grossesse</u></p> <p>Les femmes ont parlé avec beaucoup d'émotion de leur sentiment résultant de l'interruption de grossesse. Toutes ont exprimé de la tristesse. Pour certaines, l'interruption était considérée comme une tache indélébile dans leur histoire qui avait en quelque sorte souillée leur personne, faisant d'elle une personne «endommagée » et de façon permanente, différente de ce qu'elle avait été avant.</p>

- *Regret*

Le regret a été exprimé par toutes, bien que pour quelques-unes cela était contrebalancé par la croyance qu'elles avaient pris la bonne décision. D'autres ont regretté les circonstances qui ont abouti à l'interruption, comme étant nécessaire.

- *Seule avec la responsabilité*

Les partenaires n'ont pas été informés de l'interruption. Les femmes estiment que, indépendamment de la position de leur partenaire, la décision a finalement été la leur.

- *Culpabilité*

La culpabilité apparaît comme un sous-thème avec des expressions de la culpabilité ou de la déclaration de son absence, avec l'implication de ses propres attentes. Trois femmes ont exprimé la conviction de ne pas se sentir coupable par rapport à l'interruption, mais plutôt les effets de celui-ci, de «priver» les enfants d'une fratrie ou les parents d'un petit-enfant, par leur action «égoïste». D'autres, ont exprimé la culpabilité en même temps que du soulagement ou de la colère.

- *Secret et honte*

L'avortement a été souvent discuté en termes comme «un sale petit secret », «bon marché», «collant», ou «minable» et comme une source de honte qui peut «hanter» et dont on ne parle pas sur le moment ou actuellement. Trois femmes ont gardé le secret face à leur partenaire actuel et une femme en a parlé à son partenaire après 10 ans. Quand les partenaires ont su, ils ont été perçus comme étant soutenant et compréhensif et cela a réduit les émotions négatives relatifs à l'interruption. Peu de femmes ont discuté avec leur autre enfant de l'interruption, mais ont eu l'impression que l'interruption a eu un impact sur leur structure familiale. L'interruption a également eu un effet sur les relations existantes avec les parents. La décision de ne pas garder le secret concernant l'interruption a eu des conséquences sur les relations des femmes à la fois à l'époque et aussi sur le long terme.

1.2 Jugement

Le jugement a envahi de nombreux aspects de la vie des femmes, apparemment en raison de l'impact de l'interruption de grossesse.

- *Sur soi même*

Toutes les femmes ont parlé de l'influence négative de l'interruption sur leur vision d'elles-mêmes. En prenant la majorité de la responsabilité en lien à la décision, comme «quelque chose que vous avez choisi de vous faire», surtout que le « soi » a été jugé comme «mauvais» ou à défaut, en tenant peu ou pas du tout compte du contexte dans lequel cette décision a été prise. Dans les cas où l'individu semble avoir une certaine acceptation, l'interruption conduit encore à la représentation négative d'elle-même. Trois femmes ont transmis leur peur liée à leur fertilité future comme une conséquence ou une «punition». Les femmes qui n'ont pas voulu d'autres enfants par la suite ont également partagé

ce point de vue. Une des participantes a expliqué que l'interruption l'a fait décider qu'elle voulait être à nouveau enceinte et elle est très vite tombée enceinte, semblant juger l'interruption comme étant mal et être en mesure de remédier à cette situation avec une grossesse ultérieure.

- *Par les autres*

Le jugement par les autres a été perçu comme négatif. Certaines femmes ont décrit les amis comme favorables lorsque le sujet a été discuté. D'autres ont choisi de ne pas révéler leur avortement. Toutefois, certaines ont exprimé s'être senties jugées. La perception du jugement des autres a également été attribuée à l'extérieur tels que le personnel médical et infirmier. Certaines femmes ont décrit leur religion comme aggravant les perceptions du jugement.

- *Sur les autres*

La tolérance dans le non-jugement et la compréhension d'autrui dans des situations similaires était évidente et le «droit de la femme à choisir» a été exprimé. En dépit de cela, une participante dit qu'elle fera "probablement des cauchemars pour le reste de sa vie », elle a été une voix isolée. Actuellement, les changements sociaux, depuis que les participantes ont eus recourt à l'avortement, leur fait conclure que l'interruption est moins jugée et que le processus est plus « facile ».

1.3 Croissance et développement

Les femmes ont décrit des conséquences positives en lien à l'interruption, y compris l'avortement comme un catalyseur pour la fin de «mauvaises» relations qui a permis le passage à de plus heureuses et, dans certains cas, d'autres enfants.

1.4 Venir à terme et gérer les effets

- *Poursuivre, continuer*

Les femmes ont parlé d'en finir avec l'interruption en avançant dans leur vie. «Poursuivre, continuer» a été fréquemment formulé, ainsi que la nécessité d'éviter les conséquences négatives perçues.

- *Fuite des souvenirs et provoquer/utiliser l'oubli actif*

Les souvenirs d'un événement peuvent être confus de nombreuses années plus tard. Cependant, toutes les femmes ont décrit « d'éviter d'y penser». En plus d'éviter des souvenirs, les femmes ont décrit activement d'essayer d'oublier l'interruption, c'est prendre la décision de ne pas y penser. Toutes les participantes ont spontanément utilisé le terme «refoulement» comme une stratégie universellement adoptée. Cela se rapporte à un déni conscient ou «éteindre» des sentiments liés à l'interruption. Cette stratégie de «refoulement » a été si bien appliquée pour certaines femmes, qu'elles se sont senties détachées de l'expérience de l'interruption de grossesse. Les femmes ont aussi évité de provoquer la réminiscence. À certains moments, les souvenirs semblent empiéter malgré le fait d'essayer d'oublier. Les femmes ont

également dit avoir été invitées à se rappeler de l'avortement par le biais de programmes de télévision ou d'autres personnes. Une des participantes a été la seule à se souvenir en détail de son avortement. Elle n'a pas évité où chercher à oublier, elle semblait plutôt utiliser les données comme source de la rumination.

- *Expliquer/justifier la décision*

Les participantes ont justifié leur décision tout en expliquant son contexte. Il semblait important pour certaines femmes de souligner que leur décision avait été réfléchie. Par ailleurs, certaines ont souligné leur certitude qu'elles avaient pris la bonne décision. Les autres justifications ou explications concernent un partenaire peu favorable, une mauvaise relation, de ne pas vouloir la «charge» ou la responsabilité de plusieurs enfants et le désir d'atteindre des objectifs personnels, comme les objectifs de carrière. Toute incertitude quant à la décision de mettre fin à la grossesse a été gérée activement.

- *Acceptation*

L'acceptation de la décision a été exprimée par beaucoup. La minorité n'a pas révélé d'acceptation, mais plutôt la reconnaissance que l'interruption avait eu lieu dans le cadre de leur histoire personnelle.

1.5 Contradictions

Dans chaque compte-rendu, il y avait des contradictions fréquentes et les femmes ont fait preuve d'un manque de cohérence lors de la discussion de leur avortement. Cette proportion est semblable à une personne ayant des doutes et qui présente le pour et le contre, afin de parvenir à une conclusion.

2. Ménopause et interruption de grossesse

Les participantes ont été questionnées sur comment, si le cas échéant, elles pensaient que leur interruption avait influencé leur expérience de la ménopause, ou vice versa. Que les femmes identifient une association ou non, ont pris soin d'assurer des réponses également acceptables pour l'interviewer.

2.1 Changement de pensées

Les changements étaient évidents pour certaines, mais pas toutes les femmes ont pensé à l'avortement maintenant qu'elles étaient ménopausées. Beaucoup ont considéré la ménopause comme marqueur du temps avec des implications négatives tandis que d'autres voient le passage du temps comme un facteur positif.

2.2 Ménopause comme un temps de réflexion

La ménopause est considérée comme un temps de réflexion. De nombreuses femmes ont commenté qu'elles n'avaient pas réalisé l'effet de

	<p>l'avortement à l'époque et que depuis, cela leur a permis de réfléchir. Les femmes se sont demandées si l'avortement avait été la bonne décision et certaines éprouvent encore de la difficulté avec cela, elles se demandent encore si elles ont pris la bonne décision. Toutes les femmes pensent à la famille qu'elles ont maintenant et à l'enfant dont elles ont avorté. Pour la majorité, il s'agit d'un « questionnaire » et ces « si » semblent bénéfiques et nostalgiques, teintés de tristesse.</p> <p>2.3 Liens ou différences</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Un temps de vulnérabilité</i> <p>Quatre femmes ont discuté de la ménopause comme une période vulnérable qui avait rendu plus difficile la « gestion » de leur sentiment en lien à l'interruption. La ménopause est considérée comme un moment de vulnérabilité à l'humeur dépressive et une augmentation par conséquent de la réflexion sur l'avortement.</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>perte ; de la fertilité, du rôle, du droit à la détresse</i> <p>Le lien entre la ménopause et l'avortement a été véhiculé par le thème de la perte de nombreuses femmes, bien que cela a été affiché d'une manière différente. Pour certaines, la ménopause a souligné la perte de la fertilité et la possibilité future d'avoir des enfants, ce qui semble accroître la tristesse et l'affect négatif associé à l'interruption de grossesse. Dans ces citations il y a un sentiment de ne pas être en droit d'exprimer la tristesse de ne plus pouvoir avoir d'autres enfants. Il s'agit plutôt d'un sentiment que ce « droit » a été perdu quand elles ont eu un avortement, et ces femmes doivent accepter et assumer leur état actuel, sans émotion, elles "méritent" en quelque sorte cette « punition ».</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Différences</i> <p>Les interruptions de grossesse précédentes et l'expérience de la ménopause ont été considérées comme distinctes et indépendantes par trois femmes. Une participante a expliqué que l'avortement ne l'avait pas influencée en aucune façon et ne voit pas de relation entre les événements, mais elle attribue cela au fait qu'elle avait subi une hystérectomie et ne pouvait plus avoir d'enfants quand même. Une autre, qui semblait ne plus accepter son interruption, il était clair qu'elle ne voyait « aucun lien » entre les deux événements. De même, une autre participante pense que les deux choses étaient "totalement différentes".</p>
<p>Discussion et seuil de signification (implications pour la pratique)</p>	<p>L'interruption de grossesse</p> <p>Les participantes ont décrit l'impact affectif à long terme, de leur avortement comme principalement négatif, même si cela est nuancé avec la conviction qu'elles avaient prise la bonne décision. Toutes les participantes ont parlé de jugement en lien à l'avortement, soit un jugement d'elles-mêmes, par elles-mêmes, ou par les autres. La peur du jugement et les perceptions négatives par les autres sont souvent un composant de la dissimulation de l'interruption, même si elles ont « accepté » l'interruption. Les témoignages confirment que les femmes qui se sentent stigmatisées par l'avortement sont plus susceptibles de garder le secret dans la famille et les amis. La littérature qui traite de l'adaptation post-</p>

avortement, met l'accent sur le rôle des autres dans l'état psychologique d'une femme, y compris sa perception du soutien des autres, et l'état de ses relations (Coleman et al., 2005). Simplement comme les relations influencent l'adaptation et la détresse. De ce fait, les perceptions et les attitudes qui en résulte, continuent à influencer non seulement l'individu mais également son interaction avec les autres.

La description des participantes inclut l'évitement et le fait d'«essayer d'oublier», mais continuent d'y penser. Deux participantes ont parlé de «flashbacks» et de «cauchemars» sur l'avortement. Ces descriptions sont un indicatif de «syndrome post-avortement», caractérisés comme un trouble similaire à un stress post-traumatique, où les individus ont des pensées intrusives ou des images, qu'ils cherchent à éviter (Lavin & Garcia, 2005). Bien qu'il ne semble y avoir aucune similitudes entre les symptômes de stress post-traumatique et les éléments du récit des participantes, le syndrome post-avortement n'est pas reconnu comme un état psychiatrique (American Psychiatric Association, 1994). Cependant, les résultats ici impliquent que la dissimulation et la détresse peuvent avoir un effet à plus long terme qu'actuellement présumé, et ceci justifie plus d'investigations. Les femmes ont rapporté que l'interruption était «la bonne chose à faire», mais ont maintenu une perspective négative de soi comme étant «mauvaise» ou «coupable». Cette présentation de s'opposer à des attitudes et des états émotionnels est indicative de la dissonance cognitive (Festinger, 1957), qui est, quand deux attitudes se tiennent simultanément mais sont incompatibles. Cela entraîne un conflit psychologique. C'est ce qui explique l'incohérence de certaines femmes de la perception de soi, pour diviser par exemple en «bonne mère/personne» et «mauvaise personne qui a eu un avortement» et l'incapacité apparente d'intégrer ces points de vue opposés. La justification et la contradiction illustrent que les souvenirs ont été «refoulés» à un tel degré que l'incohérence n'est toujours pas résolue.

Les modèles d'ajustement à des événements indiquent que plusieurs processus sont impliqués:

- (1) une recherche de sens dans l'expérience,
- (2) tenter de gagner la maîtrise de l'événement et sur sa vie
- (3) des efforts visant à restaurer l'estime de soi grâce à des évaluations d'auto-amélioration (Taylor, 1983).

La réalisation de tous les composants implique l'intégration de l'événement en soi et l'obtention d'une position de confort psychologique relative. Les thèmes en lien à la justification et à l'explication pourraient être perçus comme une tentative pour atteindre ces aspects. Compte tenu de tous les thèmes ensemble, il était clair que pour certaines de ces huit femmes, l'avortement continue d'être une source de pensées et de sentiments négatifs au moins une décennie après l'événement. La crainte du jugement a semblé empêcher des femmes de révéler leur avortement, bien que certaines aient identifié une certaine croissance, comme un résultat de l'avortement. Les femmes ont activement essayé d'oublier ou d'éviter les messages de souvenirs de l'interruption, malgré que certaines aient accepté cette expérience. Pour certaines, l'expérience n'est pas intégrée avec succès dans leur perception d'elle-même et des idées contradictoires persistent encore au sein de la même personne.

Ménopause et interruption de grossesse

La ménopause a été décrite comme un marqueur spécifique dans le temps, permettant une réflexion sur l'avortement et comment elle avait été perçue au fil des ans. Les étapes de la vie d'Erikson expliquent le récit des femmes par une augmentation de la réflexion sur l'interruption au moment de la ménopause. Erikson a décrit comment nous développons les stades psychosociaux (1950, 1968, voir Erikson, 1997 pour un examen), la finale de ces étapes, l'intégrité contre le désespoir. C'est le moment où la personne âgée évalue les étapes précédentes de sa vie. Bien que la ménopause soit un événement à mi-vie elle marque la fin de procréation. Dans ce contexte, si ces regards rétrospectifs révèlent un sentiment de satisfaction, l'hypothèse est que l'intégrité est atteinte et si ce n'est pas le cas, la personne ressent du désespoir. Certaines femmes semblent illustrer ce manque d'intégrité lors de l'examen de leur avortement, indiquant un éventuel manque de satisfaction.

	<p>Il est à noter que les récits des femmes impliquent que l'expérience de la ménopause n'est pas influencée par l'interruption; plutôt que pour certaines femmes ménopausées cela a un impact sur leur pensée envers l'avortement. Pour certaines, la ménopause est un moment de vulnérabilité, cela augmente les pensées négatives (Avis, 2003; Deeks, 2003) et réduit ainsi les "défenses" pour les pensées liées à l'avortement. Pour certaines femmes de cette étude, il est montré dans leur réflexion sur l'interruption et la ménopause que ces deux événements se caractérisent par la perte. Des avortements passés peuvent être considérés comme un facteur de stress supplémentaire qui peut exacerber la vulnérabilité et maintenir l'humeur dépressive. Pour certaines femmes, la ménopause et ses conséquences biologiques inhérentes peuvent servir de nouveaux filtres à travers lesquels elles réévaluent leur pensée et leur sentiment au sujet de leur avortement. Trois femmes de l'étude ne pensent pas qu'il y ait une association entre l'interruption et la ménopause. Cela implique également que des recherches supplémentaires sont nécessaires pour examiner cette association entre l'interruption de grossesse et la ménopause, d'évaluer la présence et la prévalence de cette vulnérabilité dans la population générale.</p> <p>Forces et limites</p> <p>Pour toutes les participantes, un laps de temps considérable s'est écoulé depuis l'avortement. Cette recherche se concentre sur les implications de cette procédure dont les femmes se souviennent et le perçoivent aujourd'hui. Les femmes qui veulent un traitement pour la ménopause ont tendance à avoir plus de difficultés et de symptômes psychologiques que les autres femmes. (Ballinger, 1985; Morse et al, 1994). En outre, les antécédents psychiatriques des participantes avant l'avortement, ne sont pas connus.</p> <p>Ces deux facteurs peuvent influencer l'opinion des huit femmes impliquées dans cette étude. Il existe également des preuves pour suggérer que l'attitude du Royaume-Uni envers l'avortement est devenu plus libéral que dans les années 1990, depuis que les participantes ont eu leur interruption (Bradshaw & Slade, 2003). Il ne peut être supposé que les femmes d'aujourd'hui répondent de la même manière que les femmes de cette époque. En outre, la nature de l'échantillon doit être considérée, elle incluait des femmes de statut socio-économique divers. Toutes les participantes étaient d'origine ethnique blanche et la plupart avec leur partenaire actuel.</p> <p>Implications cliniques</p> <p>L'étude indique que certaines femmes sont contraintes à vivre avec l'expérience de l'avortement à plus long terme. Le travail fournit un aperçu des conséquences à très long terme de cette procédure pour ces participantes. Le travail qualitatif ne prétend pas généraliser, mais il est intéressant de noter que les participantes ont souligné l'importance d'être en mesure de discuter de l'interruption avec une tierce personne neutre, pour être en mesure de faire entendre quelques-unes de leurs pensées de confusion et de tristesse. Certaines avaient porté cela seules depuis si longtemps, de peur de représailles ou de jugement. Il est souhaitable que les femmes puissent bénéficier de suivi post-avortement par des services d'assistance, pas nécessairement juste au lendemain, mais à différents moments après la procédure.</p>
<p>Critères d'analyse</p> <p>Qu'est ce que je recherche dans l'article / documentation lue ?</p>	<p>Le vécu des femmes après un avortement, sur le long terme. Les thématiques discutées lors des interviews.</p>

<p>Banque de données</p> <p>Auteurs et champ d'expertise</p>	<p>Informaworld</p> <p>L'intervieweur (KD) est une femme de 26 ans, blanche et sans enfants. Elle n'avait pas d'affiliation religieuse, politique, ou des opinions bien arrêtées concernant l'interruption de grossesse ainsi que la nature de la ménopause ou s'il existe un lien entre les deux. En raison de l'origine clinique de la recherche, le chercheur s'attend à ce que certaines femmes puissent avoir une incidence négative suite à l'interruption de grossesse mais ne présume pas que ce soit le cas. Le second codeur (AH) est une chercheuse blanche expérimentée en analyse qualitative, âgée de 43 ans avec deux enfants adolescents. Le processus d'analyse a été assisté par un chercheur tiers (PS) expérimenté en recherche qualitative. Tous sont formés en tant que psychologues.</p>
<p>Analyse détaillée du contenu</p> <p>Etat actuelle des connaissances sur la thématique/cadre théorique utilisée</p> <p>Perspectives de l'étude</p>	<p>Des études récentes suggèrent que l'avortement apporte un soulagement et est généralement associé à de faibles niveaux de détresse. Les femmes ayant une expérience de licenciement et celles qui poursuivent leur grossesse non désirée auront des résultats similaires. Toutefois, les données issues d'études longitudinales concernant les implications à long terme, au-delà de deux années de post interruption de grossesse, sont limitées. Les admissions psychiatriques sont plus fréquentes chez les femmes à faibles revenus qui mettent fin à leur grossesse que chez celles qui portent une grossesse à terme. A la fois dans le court terme et à long terme, quatre ans après l'événement de la grossesse (Reardon et al., 2003). Une autre lacune dans la littérature concerne l'expérience de résiliation avant la phase de la ménopause que les femmes atteignent à la fin de leur capacité de reproduction. Becker et al. (2001) suggèrent que la détresse psychologique au cours de la transition vers la ménopause peut indiquer une vulnérabilité personnelle psychologique ou physiologique plutôt que d'une réaction spécifique à des événements de la ménopause. Cependant, les femmes aussi identifient les aspects positifs de la ménopause (Hvas, 2001), y compris la croissance personnelle et un soulagement à la fin de menstruation et des problématiques liés, comme la peur de la grossesse. L'influence des facteurs psychologiques, les questions de mode de vie personnel, vulnérabilité psychologique, relations interpersonnelles, image corporelle, rôle et facteurs socio-culturels, doivent être considérés. D'où la nécessité de comprendre les expériences individuelles de la ménopause dans le cadre de vie des femmes.</p> <p>L'étude propose plus d'investigations concernant la détresse, parfois vécue par certaines femmes. De plus, l'étude montre des idées contradictoires chez certaines femmes. Des recherches supplémentaires sur l'association entre l'avortement et la ménopause seraient</p>

Intérêt pour mon travail de Bachelor	bénéfiques afin d'évaluer la présence et la prévalence de cette vulnérabilité au moment de la ménopause auprès de la population générale. Donne des thématiques de l'expérience vécue sur le long terme et ce que peut représenter encore l'avortement plusieurs années plus tard.
--------------------------------------	---

Etude 11

Remennick, L., Segal, R. (2001). Socio-cultural context and women's experiences of abortion: Israeli women and Russian immigrants compared. *Culture, Health & Sexuality*, Vol. 3. 49 – 66.

Devis	Etude qualitative
Aspects éthiques	Les femmes ont signé un consentement éclairé.
Problématique et visée de l'étude	<p>But : cette étude examine l'expérience de l'interruption de grossesse et ses conséquences émotionnelles dans un environnement interculturel en comparant deux groupes de femmes</p> <p>Théorie : Grabtree et Miller</p> <p>Les limites de l'étude : L'échantillon n'a pas été aussi varié que voulu du à des sérieux problèmes de recrutement.</p>
Echantillon	<p>Expérience de l'avortement chez les femmes russes.</p> <p>Les immigrantes qui sont venues en Israël à partir de l'ancienne Union soviétique après 1989, avaient vécu sous un système où l'avortement était facilement accessible et jamais considéré comme une question éthique, religieuse ou politique. Jusqu'à aujourd'hui, peu de femmes russes étaient prêtes à utiliser la contraception orale liée à des craintes persistantes d'effets secondaire et de complications. L'utilisation régulière de contraception a également été entravée par des obstacles culturels: un fort malaise sur la sexualité, la non implication des hommes dans le contrôle des naissances (Kon 1995, Stloukal 1999). Par conséquent, bien que l'on tente d'empêcher les grossesses non désirées des femmes soviétiques, elles finissent généralement par avoir jusqu'à 35 avortements par vie (Popov et al. 1993, David et Skilogianis 1999). Ceci malgré que l'expérience soit souvent stressante et que l'avortement ait lieu dans des cliniques sous-équipées et surpeuplées, avec du personnel médical « grossier », les femmes sont soumises à des avortements à répétition. Cette triste réalité a été favorable à une tolérance psycho-sociale élevée, ce qui a encore augmenté le nombre d'avortements (Stloukal 1999). Les dimensions psycho-sociales de l'avortement ont été rarement abordées par les chercheurs soviétiques qui se sont concentrés sur l'impact démographique et sanitaire (Popov et al. 1993, David et Skilogianis 1999).</p> <p>Ainsi, des entrevues avec des gynécologues russes et d'autres médecins formés en Israël (Remennick et Shtarkshall 1997) a montré que, même si les opinions individuelles sur l'avortement variaient souvent, les thèmes de la culpabilité ou des doutes moraux sont plutôt rares et toujours secondaires à la préoccupation de la santé et de la fertilité. Dans l'enquête auprès des jeunes femmes immigrantes (Remennick et al. 1995), des réactions émotionnelles profondes à l'avortement ont été signalées par environ 20% des répondantes, tandis que toutes les autres femmes ont</p>

admis avoir des moments de regret et de déprime. Environ un tiers des femmes n'avaient pas de troubles émotionnels du tout. Les deux études, toutefois, ont abordé de nombreuses questions et ne pouvaient se concentrer sur les détails de l'avortement.

Expérience de l'avortement chez les femmes israéliennes.

Les attitudes et les expériences de l'avortement en Israël sont façonnées par un environnement très différent du point de vue social. Les normes en matière de reproduction et la conduite des Juifs israéliens sont tout à fait uniques dans le monde développé. La famille et la parentalité sont parmi les valeurs sociales fondamentales. Le mariage est presque universel, le divorce est relativement rare (quoique en augmentation), et les naissances de mères célibataires sont très rares. L'ambiance pro-nationaliste et les influences religieuses créent un milieu normatif dans lequel l'avortement est considéré comme le moyen le moins acceptable de contrôle des naissances. Même après la fin des années 1970, lorsque le courant d'avortement a été promulgué, la question est restée politiquement latente. Les groupes pro-vie (généralement d'origine ultra-religieuse) sont peu nombreux et non-violents (Remennick et Hetsroni sous presse). Dans le même temps, la question d'un comportement sexuel responsable est important. La contraception et la prévention des MST sont examinées et encouragées par l'éducation sexuelle à l'école, dans les médias et par les ONG. L'utilisation de la contraception moderne est inversement liée à l'âge, mais la majorité des Israéliens laïques peut être décrite comme des utilisatrices efficaces des contraceptifs (Sabatello 1993, Okun, 1997). Cela ne veut pas dire que le problème des grossesses non désirées n'existe pas en Israël, mais il est beaucoup moins fréquent que dans l'est de l'Europe ou aux États-Unis. La loi israélienne a défini quatre motifs d'avortement légal:

- âge de la mère (moins de 17 ans ou plus de 40),
- menace pour la santé physique ou mentale de la femme,
- soupçons de malformations fœtales,
- origines illégales de grossesse (forcées, incestueuses ou extra-conjugales).

La prévalence de l'avortement chez les femmes israéliennes est faible: en moyenne de 0,6 par femme, incluant les avortements illégaux. Le taux d'avortement post-migratoire chez les femmes israélo-russes a été estimé à environ le double de ce niveau (1,1), ce qui est loin des taux soviétiques, mais reste élevé pour les normes d'Israël (Sabatello 1995).

Recrutement : Notre plan initial était d'aborder les femmes venant pour un avortement dans les locaux médicaux et obtenir leur consentement pour l'interview, qui serait réalisée trois mois après la procédure. Dans la pratique, cette approche recrutement s'est avérée non réalisable en raison du manque de coopération des deux institutions médicales et des femmes elles-mêmes. Nerveuses et peu sûres dans l'attente de la procédure, la plupart des femmes ont rejeté notre assistant de recherche. Nous avons donc décidé de modifier notre approche. La seule solution pratique pour atteindre les femmes qui avaient eu un avortement récent a été par le biais des services de conseils gérés par Israël Association de Planning Familial (IFPA), qui aident les femmes à avorter légalement et offre des conseils post-avortement. Les femmes parlant hébreux ont été contactées principalement via des «services de porte ouverte» et les russophones, via un centre d'orientation spécial pour les immigrants récents, tous deux situés dans la région de Tel-Aviv. Environ un tiers des répondantes ont été ajoutées par effet boule de neige.

Critères d'inclusion de l'échantillon

Femmes ayant avorté 3 mois avant les interviews. Une partie de l'échantillon doit être israéliennes et l'autre partie immigrantes de Russie.

	Femmes ayant plus de 18 ans.
Méthode de la récolte des données et de l'analyse	<p>Récolte : Le groupe d'étude final comprenait 23 femmes israéliennes et 25 immigrantes âgées de 20 ans ou plus. L'expérience des adolescentes a été considérée comme différente de celle des femmes adultes et a donc été exclue de cette analyse. En Israël, nous entendions les femmes nées et/ou ayant grandi en Israël pour qui l'hébreu était une langue autochtone. Pour les femmes russes, celles qui étaient arrivées en Israël après janvier 1989 et qui ont vécu dans le pays depuis au moins un an, afin d'assurer une certaine exposition à la culture israélienne. Aucune limite selon l'origine ethnique ou la religion n'a été fixée. La plupart des entrevues ont été menées dans les maisons de femmes dans les trois mois qui suivent l'avortement. Quelque 30% des répondantes dans les deux groupes ont été, cependant, interviewées dans les centres de planning familial. Toutes les femmes ont été interviewées dans leur langue maternelle pour assurer un maximum de liberté d'expression. La plupart des interviews ont été enregistrées; dans six cas des field notes ont été prises. Les interviews se sont centrées sur les attitudes, les croyances et les sentiments liés à la grossesse et à l'avortement.</p> <p>L'analyse des transcriptions des interviews s'est faite par thématique, à l'aide de codebooks pré-construits et l'analyse des transcriptions a été constamment révisée, le contenu et l'analyse également avec d'autres approches (Crabtree et Miller, 1992). L'ébauche du codebook est constituée d'une liste hiérarchique des thèmes pour lesquels les entretiens ont été numérisés et développés en utilisant les connaissances existantes et les observations faites au cours du processus d'interview. Chaque entretien a été codé et analysé par deux lecteurs indépendants afin de parvenir à une interprétation plus fiable</p>
Résultats	<p>Profil socio-démographique des répondants.</p> <p>Les femmes russes recrutées représentent la partie la moins fortunée et la plus mal intégrée des immigrants de dernière vague. Neuf femmes avaient immigrés environ un an avant l'étude, 16 étaient arrivées 3 ± 5 ans avant, mais leurs compétences en hébreu ont été similairement pauvres. La plupart étaient dans le groupe d'âge 24 ± 39; 12 femmes étaient mariées, 6 célibataires et 7 divorcées, 11 avaient des enfants. La plupart des femmes avaient des emplois non qualifiés à temps partiels et 30% étaient au chômage. Toutes, sauf quelques-unes vivaient dans des logements loués et avaient des revenus de subsistance ou faibles. Les femmes recrutées par le biais des cliniques d'avortement et d'autres bouches à oreille étaient dans la tranche d'âge 25 ± 39 ans. Elles avaient fait des études secondaires ou supérieures, étaient occupées ou étudiaient à temps plein et le plus souvent vivaient dans des maisons privées. Inversement, les participantes israéliennes contactées dans le cadre du planning ont été, pour la plupart, des jeunes femmes célibataires (âgées de 20 ± 24) touchées par le chômage et des conditions matérielles les plus pauvres. Sur les 23 femmes, 17 étaient mariées et avaient un ou plusieurs enfants. Ainsi, les participantes de langue hébraïque comprenaient un mélange de la classe moyenne et de femmes moins favorisées.</p> <p>Raisons de l'avortement</p> <p>Les raisons de la décision de l'avortement étaient assez semblables dans les deux groupes, sauf qu'il y avait plus d'Israéliennes qui avaient avorté pour une raison médicale (7 vs 2), le plus souvent de malformations fœtales, au cours du second trimestre. La majorité cependant, avait demandé un avortement du 1^{er} trimestre qui pouvait être légalement approuvé au motif de grossesse hors mariage, de détresse mentale ou l'âge maternel. Neuf des 23 Israéliennes ont opté pour l'avortement privé, se considérant comme non punissable par la loi. Les participantes</p>

immigrantes recrutées par les services sociaux, leur avortement ont été officiellement approuvé. Un plus grand nombre d'immigrantes étaient célibataires, divorcées ou en instance de divorce. Environ un quart de chaque groupe a interrompu une 1ère grossesse. Le nombre moyen d'avortements chez les femmes israéliennes a été de 0,3 et 1,8 chez les immigrantes. L'âge gestationnel moyen à l'interruption, a été d'environ dix semaines dans les deux groupes.

Silence autour de l'avortement

Les difficultés décrites ci-dessus dans le recrutement de participantes étaient peut-être une gêne prévisible quant à l'interruption de grossesse dans la plupart des cultures. Lors de la planification de l'étude, nous avons sous-estimé combien la question est réduite au silence par les fournisseurs et les utilisateurs de l'avortement dans la partie non libérale et laïque de la société israélienne. Les conseillers dans les services de planning, qui étaient plus coopératifs que les médecins, ont également souligné que moins d'un tiers des femmes qui étaient venues pour un avortement sont revenues plus tard pour le conseil. Celles qui revenaient, le faisaient pour des raisons autres que "juste de parler d'avortement" (ayant par exemple un examen pelvien). Les femmes qui ont été recrutées pour l'interview, ont indiqué que lorsqu'elles avaient discuté de leur grossesse et pris la décision de l'interruption avec leur partenaire, leur meilleur ami ou un parent avant l'événement, elles n'en n'ont presque jamais reparlé par la suite. Les difficultés de parler de l'avortement et surtout des sentiments concomitants étaient plus prononcées chez les femmes russes. En dépit de leur marginalisation sociale, les femmes russes se sont avérées être mieux informées en matière d'avortement que leurs homologues israéliennes, probablement en raison de leur expérience de l'avortement en Russie et des contacts intensifs avec les différents services sociaux dans le processus de réinstallation. La plupart des grossesses non désirées résultent de la non-utilisation de contraceptifs modernes ou à des erreurs des utilisateurs. Non-utilisation ou le désengagement étaient plus fréquents chez les immigrants (45% de tous les cas, contre 20% parmi les Israéliens), l'utilisation efficace des méthodes contraceptives (typiquement, oubli des pilules et ruptures/des préservatifs ou non étanches) a été plus souvent mentionnés par les israéliennes (55% vs 80%). Moins de Russes que les Israéliennes ont utilisé des préservatifs (20% vs 40%). Ainsi, le besoin d'information du planning familial a été trouvé dans les deux groupes.

Vivre à travers l'avortement

Les perceptions des femmes de l'aspect formel de la demande de l'interruption de grossesse et de la procédure clinique différaient entre les deux groupes. La plupart des Israéliennes considéraient comme allant de soi, la nécessité d'expliquer les raisons de l'avortement à un organisme professionnel, et de plus ou moins justifier l'implication institutionnelle. À l'inverse, la plupart des immigrées de Russie ont été plutôt négatives à propos de cette sorte de «ingérence bureaucratique» dans les décisions de femmes privées de leur fécondité. Après les formalités terminées, la plupart des femmes dans les deux groupes étaient généralement satisfaites de la procédure à la clinique et du traitement qu'elles ont reçu de la part du personnel médical. La plupart des femmes israéliennes étaient accompagnées à la clinique par leur mari ou partenaire, tandis que la plupart des immigrantes sont arrivées seules ou avec une amie. Les participantes russes étaient ambivalentes quant à avoir un accompagnateur, disant que cliniques gynécologiques sont un lieu pour les femmes, et les hommes s'y sentiraient mal à l'aise.

Détresse post-avortement : les déterminants personnels et situationnels

En accord avec notre hypothèse clé, nous avons essayé de cerner les corrélats de perturbation post-avortement, premièrement au niveau micro. Pour la plupart des femmes des deux origines, il n'a pas été signalé de graves problèmes émotionnels au cours des trois mois qui suivent l'avortement. Le sentiment typique après la procédure a été le soulagement, souvent mélangé avec une profonde tristesse, et le désir d'oublier

cette expérience, dès que possible. Toutefois, dans les deux groupes il y avait également des participantes qui ne pouvaient pas facilement oublier la grossesse et son interruption. Environ un quart des participantes israéliennes, et environ un tiers des femmes russes ont parlé de tristesse, d'insomnie, d'une mauvaise concentration, de fatigue et d'autres signes de dépression. Plusieurs femmes ont indiqué qu'elles avaient connu ces problèmes aussi dans le passé, ou au cours de cette grossesse, mais que après l'avortement les choses avaient empiré. Un modèle assez clair ne peut être retracé dans les histoires des femmes souffrant de troubles affectifs. En général, elles avaient dû interrompre une grossesse voulue et significative, soit en raison de défauts fœtaux découverts ou de malheureuses circonstances personnelles. Les raisons typiques non médicales de l'avortement ont été les relations instables avec le partenaire, ou de son rejet de la paternité, ou un divorce en cours, et la perspective d'élever l'enfant seule. Un autre groupe de pressions extérieures ont été les problèmes matériels, financiers ou autres tels que les mauvaises conditions de logement, particulièrement fréquents chez les récents immigrants. Beaucoup de femmes ont décrit cette grossesse comme imprévue mais toujours comme souhaitable, sinon d'un mauvais timing. Pour de nombreuses femmes dans le groupe des détresses émotionnelles, il s'agissait de leur 1^{ère} grossesse, tandis que d'autres avaient eu les grossesses, mais pas d'enfants. Certaines avaient des craintes persistantes de nuire à leur fertilité en n'ayant pas de deuxième chance de maternité. À l'inverse, la plupart des femmes dans le groupe de non-détresse, elles avaient déjà eu au moins un enfant. Un autre sujet de détresse a été la lutte interne pour la prise de décision d'avorter. Chez les femmes qui avaient hésité entre la naissance et l'interruption, cette indécision a souvent persisté bien après l'avortement et a conduit à des vagues de regret et de culpabilité à ne pas avoir ce bébé. Le soutien des personnes de l'entourage tout au long du processus a été un autre déterminant de l'état des femmes post-avortement. Les femmes des deux groupes ont souligné l'importance pour elles d'avoir la capacité de se confier à quelqu'un de confiance, d'être accompagnée à la clinique, et de se sentir prise en charge. Pour la plupart des femmes, le principal confident (autres que les partenaires masculins) ont été les meilleures amies. En somme, les corrélats de la détresse post-avortement dans notre étude réaffirment les résultats antérieurs (Adler et al. 1990). Les problèmes émotionnels étaient principalement expérimentés par les femmes qui ont été contraintes par les circonstances, d'interrompre les grossesses désirées. Bien que les mesures spécifiques de la personnalité ont été au-delà de la portée de cette étude, les chercheurs ont constaté que les femmes qui avaient de la difficulté d'adaptation à l'avortement avaient généralement une résilience plus faible dans toute crise de la vie. Elles avaient souvent des relations difficiles avec leur partenaire et/ou leur famille. Elles étaient au chômage ou insatisfaites de leur emploi, étaient moins bien équilibrées. Au niveau micro, les participantes avec de la détresse post-avortement ont été très similaires chez les immigrantes et les femmes locales. Cependant pour les participantes immigrées, la crise a été exacerbée par les problèmes de réinstallation, y compris le chômage, faible revenu, mauvaises conditions de logement et l'isolement culturel de la société d'accueil.

Avortement comme échec personnel

Un thème récurrent dans les interviews hébreu était la perception d'une grossesse non désirée et l'avortement, comme un échec personnel pour être une femme «moderne» dans le contrôle de sa vie. Les immigrantes russes ont tendance à considérer l'avortement comme un malheur, elles-mêmes se sentent comme des victimes plutôt que les acteurs, même si le thème de l'erreur est également courant dans leurs récits. La dignité et l'estime de soi des femmes russes ont été moins heurtées par l'avortement que chez les Israéliennes. La tendance à interpréter l'avortement comme un échec plutôt que de la malchance a été l'une des principales différences d'attitude entre les deux groupes de répondantes. La stigmatisation sociale perçue de l'avortement était plus typique de l'immigrant, qui sentait la désapprobation tacite de la part de la santé et le bien-être des travailleurs siégeant en tant que «gardien» moral. Apparemment, les deux parties sont influencées par les stéréotypes populaires de femmes russes comme sexuellement irresponsables et auto-négligentes. De nombreuses immigrantes étaient au

	<p>courant de leur étiquetage négatif par la population locale, en rejetant cette image fausse et injuste. Cette étude n'a pas trouvé que le stéréotype de la femme russe comme avortant d'une manière récurrente, ait eu un effet tangible sur leur adaptation à l'avortement.</p> <p>Normes des pairs VS large milieu social</p> <p>Passant ensuite au niveau macro, cette étude a essayé de discerner à quel point les sentiments des femmes ont été affectés par le discours public autour de l'avortement. Parmi les participantes israéliennes et russes, les normes et les valeurs de groupe de pairs sociaux, se sont avérées plus influents que le milieu du large public. La plupart des répondantes, qui ont été raisonnablement instruites et étant des femmes qui travaillent, ont parlé de droit de la femme de contrôler son propre corps et sa fertilité. Les thèmes typiques dans le discours international pro-vie (l'avortement c'est comme tuer, les droits du fœtus, etc.) ne figurent pas dans les entretiens, du moins pas dans leur forme «idéologique». La majorité des Israéliennes ont parlé de l'avortement dans le contexte du comportement sexuel responsable, soulignant qu'elles avaient utilisé une forme quelconque de contraception, qui a échoué. Beaucoup ont souligné qu'elles ont changé la méthode de contraception après un avortement. Le thème dominant chez les femmes de Russie a été le souci de leur santé et de leur fécondité future, en ligne avec le point de vue de l'avortement comme un danger pour la santé, commune dans l'ancienne Union soviétique. La question morale chargée de la responsabilité sexuelle ne faisait pas partie de la formation des femmes de Russie, ni de la pensée. À l'inverse, les Israéliennes étaient moins conscientes des implications sanitaires de l'avortement (qui, en Israël, en effet, est une procédure beaucoup plus sûre qu'en Russie). En général, les thèmes de la responsabilité sexuelle et de la santé reproductive ont été plus importants dans les entretiens que les sous-entendus moraux. Comme prévu, israéliennes et russes, les femmes socialisées ont exprimé des opinions et croyances typiques de leur culture respective en matière d'avortement.</p>
<p>Discussion et seuil de signification (implications pour la pratique)</p>	<p>Cette étude exploratoire a examiné les expériences d'avortement des femmes israéliennes dans une perspective interculturelle. En raison de graves problèmes de recrutement, l'échantillon n'a pas été aussi divers que cela aurait été souhaité. Certains secteurs de la société israélienne, comme les femmes religieuses, sont restés totalement hors de portée. Ceci a empêché l'exploration de discours conservateurs et religieux sur l'avortement et son influence sur les croyances et les sentiments des femmes. Enfin, nous avons choisi de discuter uniquement des expériences de l'interruption, en laissant de côté les histoires de quelques femmes qui avaient des avortements tardifs en raison de malformations fœtales. Pourtant, étant donné le peu de recherches sociologiques sur l'avortement en Israël, cette étude nous éclaire sur l'influence relative au contexte social et à la situation personnelle suite à l'avortement. Malgré les différences culturelles entre les récits de l'avortement dans les deux groupes, les principaux thèmes soulevés par les participantes, ainsi que les corrélats de la détresse post-avortement, ont été largement similaires. Les circonstances de la vie de la femme, la nature de la grossesse et la relation avec le partenaire, ainsi que la personnalité de la femme, sont apparues comme principaux prédictors de son état émotionnel post-avortement. Cela signifie qu'au niveau des facteurs micro (situationnel), aussi bien que les valeurs du groupe de pairs, peut plus influencer le post-avortement que les forces sociales au niveau macro (rôles, normes de fécondité, discours public sur les avortements). Cette déduction devrait être nuancée : par une prise de conscience que l'avortement en Israël est accessible et pas trop politisé, de sorte que le contexte social peut être décrit comme relativement libéral ou neutre. Pourtant, la socialisation et le milieu culturel ont un rôle important à jouer pour façonner l'expérience de l'avortement des femmes israéliennes. Des différences fondamentales entre l'attitude des immigrantes et des membres de la société d'accueil font surface dans de nombreuses parties de l'entrevue. Les différences liées à la macro-cadre pourraient également se retrouver dans la façon dont certaines participantes ont interprété une grossesse non désirée et l'avortement comme un échec personnel afin d'être «responsable», «moderne» et «dans le contrôle de leur vie». Ces</p>

	<p>motifs ont été exprimés à maintes reprises par des femmes israéliennes, principalement celles appartenant à la classe moyenne éduquée. Depuis leurs années d'études, les valeurs d'indépendance, de réussite, le comportement sexuel est devenu plus responsable. Etre enceinte par erreur ou contre leur volonté est une manifestation de faiblesse, d'ignorance ou de négligence, et donc honteux. Les femmes russes ont tendance à interpréter l'avortement comme un accident ou une erreur, accusant les circonstances et la malchance plutôt qu'elles-mêmes. Enfin, l'expérience d'immigration en tant que telle (c.-à-dire changement radical du contexte social) a exercé une grave influence sur les suites d'avortement chez les femmes russes. Contrairement aux attentes, les immigrantes ont signalé plus de troubles émotionnels après l'avortement que les femmes locales. Ce résultat peut refléter de réelles différences dans l'ajustement économique et psychosocial des deux groupes. Les femmes israéliennes, même celles qui sont moins fortunées et instruites, font toujours partie de la société en général, relativement bien établies et en sécurité dans leur vie quotidienne. Les ressources matérielles et sociales qu'elles ont à leur disposition en cas de crise de vie (y compris les grossesses non désirées) peuvent compter sur le soutien de la famille immédiate et élargie. La connaissance de la langue et les normes, un logement permanent, certains revenus et d'épargne, moyens de transports privés, etc. sont aussi des points importants. Les immigrantes sont généralement limitées dans l'ensemble de ces ressources, et en plus souffrent de la mobilité socio-économique à la baisse, la détresse conjugale, la pression de rôles multiples et de l'inadaptation culturelle (Remennick 1999). Au-delà de cela, les femmes israéliennes avec un accent russe, se sentent souvent jugées par les professionnels de santé locaux et les professionnels qui sont semblables à des gardiens de l'avortement légal (welfare professionals serving as gatekeepers to legal abortion). Il a été démontré que même dans les pays où l'avortement est pratiqué libéralement (comme l'Angleterre ou l'Australie), l'accès à l'avortement dans le secteur médical public est entouré par l'atmosphère du jugement moral, ce qui rend l'expérience des femmes dans les services d'avortement très désagréable (Harden et Ogden, 1999). Dans ce contexte, la capacité d'adaptation et la résilience de certaines femmes peuvent souffrir, et augmenter les chances de réactions post-avortement négatives. Si l'on ajoute à tous les autres défis auxquels sont confrontés les immigrantes récentes, l'avortement devient tout simplement la goutte qui fait déborder le vase.</p>
<p>Critères d'analyse</p> <p>Qu'est ce que je recherche dans l'article / documentation lue ?</p> <p>Banque de données</p> <p>Auteurs et champ d'expertise</p>	<p>Cette étude approfondit l'expérience des femmes à travers son contexte. Le titre m'annonce la comparaison de deux cultures. Il identifie les facteurs qui peuvent influencer le vécu des femmes dans l'avortement.</p> <p>Informaworld</p> <p>Chercheurs en science sociale.</p>

<p>Analyse détaillée du contenu</p> <p>Etat actuel des connaissances sur la thématique/cadre théorique utilisée</p>	<p>Le poids de la preuve psychosociale (deux études à court et à long terme) montre que les réactions négatives graves à l'avortement sont rares, transitoires, et peuvent être comprises dans le contexte de faire face aux stress de la vie normale (Adler et al. 1990). La plupart des études antérieures de l'expérience des femmes sur l'avortement ont cependant, un accent psychologique; moins de chercheurs ont analysé le rôle du contexte socio-culturel dans lequel elle se déroule (Hadley 1996, Boyle 1997). En termes pratiques, il y a peu de doute que l'expérience de l'avortement et ses conséquences sont fortement liées à des obstacles et à des risques. Les femmes doivent faire face à l'humiliation dans le processus. Dans les pays où l'avortement est légal et disponible depuis plus de 10 ans (par exemple, dans le nord de l'Europe), l'incidence de troubles mentaux liés l'avortement est négligeable (David, 1992). Inversement, dans les pays à faible fécondité comme la Roumanie, où l'avortement a été interdit et les contraceptifs disponibles, de graves réactions émotionnelles sont un corollaire de la morbidité des femmes et leur échelonnement dans la mortalité par des avortements illégaux (Baban et David, 1994, David et Skilogianis 1999). Les femmes du nord de l'Irlande, interviewées par Boyle et McEnvoy (1998) peu après leur voyage pour avorter en Angleterre, ont raconté comment le climat anti-avortement dans leur pays d'origine a façonné leur perception de l'avortement et les moyens de faire face à la stigmatisation et la culpabilité. Outre le milieu social, des contextes concrets de la vie des femmes et des relations ont un rôle majeur à jouer dans la suite l'avortement. Les réactions plus spectaculaires se trouvent généralement chez les femmes qui ont eu une interruption (pour des raisons médicales, en raison de la perte du partenaire, problèmes financiers et autres), les grossesses à l'origine souhaitées, sont significatives Les autres groupes particulièrement vulnérables sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> les femmes qui avaient de la difficulté à prendre la décision d'avorter, celles qui sont profondément religieuses, celles dont le partenaire et/ou de la famille s'est opposée à l'avortement; celles qui ont une faible estime d'elle-même et une faible capacité à faire face à l'avortement, les femmes qui, pour une raison quelconque, retardent l'interruption après le premier trimestre (Adler et al. 1990, Major et Cozzarelli 1992). <p>Ainsi, le contexte de la vie d'une femme peut entraîner des déterminants micro après l'avortement.</p>
<p>Perspectives de l'étude</p>	<p>En réunissant deux perspectives de recherche, la psychologie et la sociologie, cette étude donne un oeil nouveau sur le rôle de l'avortement et la signification des différents groupes de femmes. L'analyse interculturelle s'est avérée une approche utile pour l'étude de cette question mal comprise et controversée. L'analyse a confirmé l'affirmation fondamentale que le contexte social dans lequel les femmes cherchent une interruption de grossesse, a un impact important tant sur leurs perceptions de l'avortement et ses conséquences émotionnelles. Même dans un pays avec une loi sur l'avortement relativement libérale et utilisée, les femmes peuvent souffrir de détresse psychologique, d'information limitée sur l'avortement, de procédures et de désapprobation tacite en matière de reproduction par les « gardiens » sociaux, les professionnels de la santé et les médias. Les deux chercheurs en sciences sociales et les membres des professions d'aide, doivent être conscients des répercussions que les attitudes du public peuvent avoir sur chaque femme qui subit la crise d'une grossesse problématique.</p>
<p>Intérêt pour mon travail de Bachelor</p>	<p>Cette étude est intéressante pour mon BT car il développe l'expérience des femmes à travers leur contexte culturel et social.</p>

